



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira Parrot Morato

Vogais

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Professor Doutor Raúl Alexandre Nunes da Silva Oliveira

Ana Rita Duarte dos Santos

2017

I am enough of a realist to understand that I can't reach every child, but I am more of an optimist to get up every morning and try.

Preston Morgan

Agradecimentos

Em primeiro lugar, à Professora Doutora Teresa Brandão, orientadora académica, pela disponibilidade, apoio e esclarecimentos prestados ao longo deste percurso académico.

À Dr.^a Joana Carvalho, orientadora local, por depositar em mim a confiança necessária para um trabalho tão autónomo e que em muito contribuiu para a formação da minha identidade profissional.

A toda a equipa do CDCTS pela forma carinhosa como me recebeu, pelo sorriso constante e simpatia.

À Teresa Silva, companheira de estágio mas acima de tudo, amiga, pelas experiências partilhadas, por me acompanhar nesta aventura, tornando tudo mais fácil, alegre e prazeroso.

A todas as crianças do CDCTS, por a cada dia me mostrarem o que é o mais importante nesta vida, por me darem grandes lições de força e superação, por me arrancarem os sorrisos e gargalhadas mais genuínos, por fazerem valer a pena cada dia e acima de tudo por me possibilitarem conhecer um bocadinho mais de quem sou enquanto pessoa e profissional. Obrigada por me confirmarem que este é o meu caminho.

Aos pais, que claro, não podiam faltar, pelo voto de confiança, pelos desabafos partilhados, pelo carinho demonstrado, pelos elogios dados, pelas palavras de gratidão, pelo afeto e reconhecimento. Pois, sem dúvida que o maior reconhecimento do nosso trabalho vem daqueles que o experienciam.

A todos os meus amigos, por toda a ajuda, paciência e carinho incondicionais. Por serem incansáveis no apoio que me deram e pela força que me transmitiram, por compreenderem a minha ausência e continuarem presentes na minha vida.

E por fim, mas não por último, à minha família e em particular aos meus pais, o maior obrigado de todos. Pela eterna presença e apoio. Por me compreenderem melhor do que ninguém, e estarem sempre ao meu lado. Pela oportunidade que me proporcionaram, mas, sobretudo, por nunca desistirem de mim e, me fazerem acreditar no meu trabalho e nas minhas capacidades, ajudando a tornar-me no que sou hoje.

A todos, muito obrigada!

Resumo

Este documento descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, pertencente ao 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. O estágio foi realizado na área da Psicomotricidade no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta, no ano letivo 2015/2016. A prática profissional foi baseada numa metodologia de intervenção individual e em grupo e teve como população-alvo crianças com Patologias Neurológicas e Perturbações do Desenvolvimento. A intervenção psicomotora é uma metodologia de intervenção, que através de estratégias distintas, com enfoque sobre as vivências corporais, relacionais, lúdicas e afetivas, promove o desenvolvimento da criança nos seus diversos domínios; motor, comportamental, cognitivo e afetivo. O presente relatório expõe de forma detalhada o enquadramento teórico referente ao tema e todo o processo de intervenção desenvolvido, com especial foco em três estudos de caso, dois individuais e um de grupo, contendo as avaliações do perfil de desenvolvimento psicomotor das crianças, os planos de intervenção, a implementação dos mesmos e, ainda, os resultados obtidos e conclusões finais. A análise destes três estudos de caso comprova que a intervenção proporcionou melhorias ao nível do perfil de desenvolvimento psicomotor e comportamental das crianças.

Palavras-Chave: Psicomotricidade, Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II, Intervenção Individual e em Grupo, Patologias Neurológicas, Perturbações do Desenvolvimento, Atraso Global do Desenvolvimento, Competências Sociais e Emocionais, Epilepsia

Abstract

This document describes the work carried out under the Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, belonging to the 2nd year of the Masters in Psychomotor Rehabilitation. The internship was fulfilled in the area of Psychomotricity in Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta in the academic year of 2015/2016. The professional practice was based on an individual and in group intervention methodology and the target population was children with Neurological Pathologies and Developmental Disorders. The psychomotor intervention is an intervention methodology that focuses on different strategies to promote the children's development in their various fields; motor, behavior, cognitive and affective. This

report sets out in detail the theoretical framework concerning the issue and the whole intervention process developed, with particular focus on three case studies, two individual and one group, from the evaluations of psychomotor development of children profile, the action plans, their implementation and also the final results and conclusions. By analyzing the monitoring of three case studies, it is possible to conclude that the program has provided improvements in psychomotor and behavioral children's profile.

Keywords: Psychomotricity, Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency II, Individual and Group Intervention, Neurological Pathologies, Developmental Disorders, Global Developmental Delay, Social and Emocional Competence, Epilepsy

Índice

Introdução	1
Capítulo I - Enquadramento da prática profissional	3
(A) Enquadramento Teórico	3
1.Psicomotricidade – O conceito.....	3
1.1.Psicomotricidade Relacional e Instrumental	4
1.2 Intervenção Psicomotora Individual e em Grupo	6
2.Atraso global do Desenvolvimento.....	8
2.1.Intervenção Psicomotora no Atraso Global do Desenvolvimento	11
3.Competências Sociais e Emocionais e Problemas de Comportamento	12
3.1.Intervenção Psicomotora nas Competências Sociais.....	14
4.Epilepsia	15
4.1.Intervenção Psicomotora na Epilepsia.....	17
(B) Enquadramento Institucional Formal	18
1.Caracterização da Instituição e Objetivos	18
2.Atividades Desenvolvidas	20
3.Recursos Humanos	24
4.Recursos Materiais	24
4.1.Instalações	24
4.1.1.Sala de Psicomotricidade	25
5.Modelo de atendimento.....	27
Capítulo II – Realização da Prática Profissional	27
1.Calendarização das Atividades	28
2.Horário do Estágio	30
3.População Atendida	31
4.Processo de Intervenção.....	34
4.1.Observação/Avaliação Psicomotora	35
4.1.1.Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor	36
4.2.Intervenção Psicomotora	41
4.2.1.Intervenção Individual	41
4.2.2.Intervenção em Grupo	44
Capítulo III – Estudos de caso.....	46
1.Estudo de Caso I – D.M (Individual).....	46
1.1.Caracterização da Criança.....	46
1.2.Avaliação Inicial	47

1.3.Plano de Intervenção	56
1.4.Intervenção Psicomotora – implementação do plano pedagógico-terapêutico .	59
1.5.Avaliação Final	61
1.6.Conclusões	68
2.Estudo de Caso II – M.P (Individual)	69
2.1.Caracterização da Criança	69
2.2.Avaliação Inicial	70
2.3.Plano de Intervenção	75
2.4.Intervenção Psicomotora – implementação do plano pedagógico-terapêutico .	78
2.5.Avaliação Final	80
2.6.Conclusões	82
3.Estudo de Caso III – Grupo	84
3.1.Caracterização dos Casos	84
3.2.Avaliação Inicial	87
1.1.Plano de Intervenção Terapêutico-Pedagógico	95
1.1.Intervenção Psicomotora	97
1.2.Avaliação Final	98
3.6. Conclusões	101
Dificuldade e Limitações.....	103
Conclusão, Reflexão Crítica e Perspetivas Futuras	105
Bibliografia.....	108

Índice de Figuras

Figura 1 - Exemplos de alguns desenhos criados pela Paint a Smile	25
Figura 2 - Exemplos de materiais da Sala de Psicomotricidade.....	26
Figura 3 - Modelo de atendimento e encaminhamento para a psicomotricidade	27
Figura 4 – Crianças acompanhadas no CDCTS	32
Figura 5 - Crianças observadas.....	32
Figura 6 - Diagnóstico das crianças acompanhadas	33
Figura 7 - Avaliação Inicial do Perfil de Desenvolvimento com a SGII.....	52
Figura 8 - Comparação da Avaliação Inicial e Final do Perfil do Desenvolvimento com a SGII.....	64

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Calendarização das Atividades de Estágio	29
Tabela 2 - Horário de Estágio.....	31
Tabela 3 - Avaliação Inicial com o Portage	49

Tabela 4 - Objetivos do D.M.	56
Tabela 5 – Comparação da Avaliação Inicial e Final com o Portage.....	62
Tabela 6 - Avaliação Inicial com o TPMBO-2.....	70
Tabela 7 - Objetivos da M.P.....	75
Tabela 8 – Comparação da Avaliação Inicial e Final com o TPMBO-2.....	80
Tabela 9 - Avaliação Inicial com a Grelha de Observação das Relações entre Pares	87
Tabela 10 - Continuação da Avaliação Inicial com a Grelha de Observação das Relações entre Pares.....	88
Tabela 11 - Objetivos do T.G., R.B., A. F. e M.F.	95
Tabela 12 - Comparação da Avaliação Inicial e Final com a Grelha de Observação das Relações entre Pares	98
Tabela 13 - Continuação da Comparação da Avaliação Inicial e Final com a Grelha de Observação das Relações entre Pares	99

Índice de Anexos

Anexo A – Planta do CDCTS.....	ii
Anexo B – Lista de Materiais da sala de Psicomotricidade	iii
Anexo C – Lista de Crianças Acompanhadas em Psicomotricidade	iv
Anexo D – Exemplo de Relatório de Avaliação	ix
Anexo E – Exemplo de Relatório de Intervenção	xi
Anexo F – Grelha de Observação do Comportamento da Criança	xiv
Anexo G – Grelha de Observação das Relações entre Pares	xxvii

Lista de Abreviaturas

RACP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

CDCTS - Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva

HGO - Hospital Garcia de Orta

AGD - Atraso Global de Desenvolvimento

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TO - Terapia Ocupacional

IP - Intervenção Precoce

TPMBO-2 - Teste de Proficiência Motor de Bruininks-Oseretsky II

SGII - Schedule of Growing Skills II

Introdução

No âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), foi realizado um estágio cujas atividades desenvolvidas são descritas e analisadas no presente relatório. Deste modo, pretende-se dar a conhecer parte das atividades e competências desenvolvidas durante os vários meses de trabalho.

O RACP insere-se no 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

O regulamento do RACP apresenta como objetivos gerais a cumprir ao longo do estágio profissionalizante: (1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; (3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Assim, o RACP visa, especificamente, proporcionar uma aprendizagem e treino direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências ao nível da intervenção pedagógico-terapêutica, da relação com outros profissionais e da relação com a comunidade.

O estágio foi realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDCTS), do Hospital Garcia de Orta (HGO), na área de Psicomotricidade, durante o ano letivo 2015-2016. Neste âmbito, foram desenvolvidas diversas atividades, desde observação de sessões, avaliação, planeamento e intervenção psicomotora em contexto individual e de grupo, bem como participação nas atividades e dinâmicas do CDCTS.

O presente documento encontra-se organizado em três capítulos. O 1º capítulo referente ao enquadramento da prática profissional e que se subdivide em dois. O enquadramento teórico, onde é apresentada uma revisão da literatura relativa aos principais conceitos e

fundamentos dos modelos de intervenção seguidos e onde se descreve a população alvo e principais problemáticas acompanhadas. E enquadramento institucional formal, onde é realizada a caracterização da instituição. O 2º capítulo expõe a realização da prática profissional, nomeadamente a organização e calendarização das atividades desenvolvidas, a descrição do processo de intervenção de observação e avaliação bem como dos instrumentos de avaliação utilizados e ainda a apresentação de casos intervencionados. Por último, o 3º capítulo compreende a descrição e análise de três estudos de caso, dois individuais e um de grupo, contendo as avaliações do perfil de desenvolvimento psicomotor das crianças, os planos de intervenção, a implementação dos mesmos e, ainda, os resultados obtidos e conclusões finais. No fim, é ainda apresentada uma reflexão sobre as dificuldades e limitações sentidas, bem como as principais conclusões decorrentes do estágio.

Capítulo I - Enquadramento da prática profissional

Este capítulo inicial tem por objetivo descrever os conceitos e as temáticas que se encontram relacionadas com a prática profissional desenvolvida no CDCTS. Deste modo, o capítulo encontra-se subdividido em dois pontos: (A) Enquadramento Teórico, que consiste na revisão bibliográfica dos conceitos de Psicomotricidade, bem como das principais problemáticas acompanhadas ao longo deste ano letivo; (B) Enquadramento Institucional Formal, que por sua vez, visa apresentar a instituição, descrevendo os seus objetivos, a dinâmica de funcionamento, instalações e equipa técnica que a compõe.

(A) Enquadramento Teórico

1. Psicomotricidade – O conceito

A Psicomotricidade pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2010). Segundo o mesmo autor, esta está baseada numa visão holística do ser humano, encarando de forma integrada as funções cognitivas, sócio emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras e promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial.

De acordo com o Fórum Europeu de Psicomotricidade (2013), a Psicomotricidade pode ser explicada a partir da interação entre o movimento, a emoção e a cognição, bem como pela sua influência no desenvolvimento das competências individuais.

João dos Santos (s.d. cit. in Branco, 2010) sublinha que a Psicomotricidade é a vida que existe no espaço psíquico e que se expressa no comportamento. Por sua vez, o comportamento é designado como o reflexo motor daquilo que se passa na vida interior de cada um (Strecht, 2012). Desta forma, a Psicomotricidade possibilita experiências que favorecem a expressão e a resolução de conflitos internos, procurando novas soluções perante as dificuldades relacionais e/ou funcionais dos sujeitos e, ainda, a resolução da dimensão afetiva no sentido de proporcionar uma maior autonomia e independência do indivíduo. De um modo geral, a Psicomotricidade é fundamental para os processos cognitivos, emocionais e para a aquisição de novas aprendizagens (Boscaini, 2012).

Segundo Fonseca (2001), englobando a Psicomotricidade uma dimensão teórica e prática sobre o desenvolvimento humano, a sua intervenção pode desenvolver-se a nível preventivo, educativo, reeducativo e terapêutico. Neste sentido, a terapia psicomotora pode então ser entendida como uma abordagem terapêutica que, por meio de mediação de um corpo que se move num tempo e num espaço próprios (Balouard, 2008; Sassano, 2008), permite ao indivíduo reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da regulação tónica (Aucouturier, 2011). Consequentemente, por existir num ambiente lúdico e, por isso, motivador, possibilita o desenvolvimento dos processos simbólicos, através da consciencialização da ação e da posterior mentalização (Martins, 2001).

Desta forma, a prática psicomotora torna-se relevante para o desenvolvimento do ser humano, na medida em que o perspetiva como um todo, em constante relação com o envolvimento, pelo que através da mediação corporal permite promover a funcionalidade do indivíduo (Fonseca e Martins, 2001).

Na intervenção psicomotora são consideradas duas vertentes: a instrumental e a relacional, que serão analisadas de seguida.

1.1.Psicomotricidade Relacional e Instrumental

A vertente instrumental, que utiliza técnicas e estratégias relacionadas com a abordagem cognitivo-comportamental, focaliza-se em situações problema, devendo estas ser apresentadas de forma a serem vividas como situações de êxito para que a pessoa estabeleça uma relação entre o seu desempenho e a ação suscetível de quebrar os seus bloqueios e ansiedades, culminando na melhoria da autoestima e confiança. Para tal, a situação deverá apelar à descoberta, ao pensamento, à diferenciação das fontes de informação e à adaptabilidade ao envolvimento. Neste tipo de intervenção existe uma relação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento, dando especial enfoque à intencionalidade, consciencialização da ação e exploração de todas as formas possíveis de expressão (i.e. motora, gráfica, verbal, sonora, plástica) (Martins, 2001; 2005). Apesar do objetivo da Psicomotricidade instrumental ser o desenvolvimento global da criança, há uma maior ênfase em aspetos motores e cognitivos (Aragón, 2007).

Por outro lado, a vertente relacional, baseia-se predominantemente na corrente psicodinâmica. Envolve essencialmente a gestão da problemática da identidade, de modo a potenciar o papel do terapeuta como agente securizante que garante o desejo de

ter relação com o mundo e com os outros (Almeida, 2006; Martins, 2001; 2005). Desta forma, é de notar que na Psicomotricidade relacional o mais importante não é agir sobre a problemática psicomotora, mas sim descobrir o conflito pulsional associado a esta. Assenta na dialética emocional transferencial e contratransferencial, onde o Psicomotricista deve criar uma ligação com a criança baseada no reviver de situações tónico-emocionais (Orjubin, 2003 cit. in Rivière, 2010), promovendo a iniciativa, a criatividade, o gesto espontâneo, a curiosidade, seguindo a sua própria motivação para que a criança se sinta maximizada nas suas competências (Costa, 2008). É então realçada a importância das primeiras vivências, experiências tónico-emocionais e comunicacionais, para que este reviver simbólico, com a duração e intensidade necessárias, permita a elaboração mental da criança, que normalmente se inicia desorganizada e progressivamente se organiza e estrutura (Almeida, 2006; Martins, 2001; 2005). Como atividade central na abordagem de tipo relacional, são valorizados o jogo simbólico, o brincar, a representação de contos de fadas e a relaxação (Almeida, 2013), fundamentando-se na liberdade e respeito para que o indivíduo se movimente espontaneamente, favorecendo a contenção e a simbolização do conflito. Através do jogo e da relação corporal, pretende-se proporcionar experiências geradoras de prazer, possibilitando à criança aperfeiçoar os mecanismos de funcionamento psíquico e desenvolver uma vida relacional ampla e complexa (Almeida, 2013).

Apesar de diferentes, a Psicomotricidade Relacional e a Instrumental convergem na medida em que utilizam o corpo em movimento, como meio de relação consigo próprio, com o outro e com o envolvimento. Martins (2001) esclarece ainda que, independentemente de a intervenção ser mais focada na vertente relacional ou na vertente instrumental, o espaço psicomotor deve ser sempre um espaço de prazer e de desejo, jogo simbólico e representações. Este deve ser explorado de acordo com a personalidade de cada criança e os objetos devem representar o mundo real, tangível, que permite fazer a ponte entre a realidade subjetiva (interior) e a realidade objetiva partilhada (exterior) (Martins, 2001).

Assim, a especificidade da terapia psicomotora encontra-se na atenção dirigida à relação entre as manifestações corporais e os seus significados (Maximiano, 2004). A intervenção é flexível e adaptável às características de cada sujeito, mantendo, contudo, o objetivo base de mediar a procura da mudança de atitude consigo próprio e, em consequência, com os vários contextos em que a pessoa se insere (Balouard, 2008).

E uma vez, que umas das premissas da Psicomotricidade é a flexibilidade e adaptação às características de cada um, de acordo com estas, a intervenção pode ser feita de forma individual ou em grupo.

1.2 Intervenção Psicomotora Individual e em Grupo

Assim, ambas as abordagens anteriormente referidas podem ser desenvolvidas através dos dois tipos de intervenção – individual e em grupo – as quais têm tanto vantagens como desvantagens (Defontaine, 1978 cit. in Aragón, 2007). Rodríguez e Llinares, (2008) defendem que, a opção por uma destas tipologias de intervenção, só deve acontecer após a avaliação individual de cada pessoa. Posteriormente, em função das suas características únicas e das dificuldades demonstradas, define-se qual a melhor abordagem.

As sessões individuais permitem observar mais atentamente a relação da criança com os objetos que se apresentam durante as atividades propostas, a relação com o espaço, a relação com o adulto, a relação com ela própria, os seus recursos comunicativos e a sua evolução no tempo. Neste ambiente, é possível o psicomotricista observar a potencialidade e a atividade corporal da criança compreendendo melhor os seus comportamentos para poder fazer uma melhor planificação das atividades e aumentar a capacidade de ajustar os seus movimentos a determinadas situações, tornando-se um companheiro no jogo simbólico e ajudando a criança a ultrapassar as suas dificuldades (Rodríguez e Llinares, 2008).

As sessões de cariz individual têm várias vantagens quer para a criança quer para o psicomotricista, nomeadamente: (1) na realização das sessões, nas quais é necessário um menor espaço físico; (2) na disponibilidade para o indivíduo, onde o terapeuta tem uma maior disponibilidade e um melhor conhecimento do mesmo; e, por fim, (3) no respeito pelo ritmo de aprendizagem, onde é tido em conta as características do sujeito, permitindo uma maior participação deste na sessão. Contudo, as sessões são consideradas menos dinâmicas e mais monótonas, o facto de o indivíduo estar sozinho com o terapeuta pode levar a que se sinta mais inibido e que haja o risco de sobreproteção por parte do terapeuta, não deixando que seja autónomo e independente (Aragón, 2007).

Relativamente aos grupos, estes são formados com base na ideia de que o contexto grupal pode traduzir-se em respostas úteis para a vida em sociedade (Vidigal, 2005). Assim, os grupos terapêuticos propiciam um ambiente favorável, democrático e tolerante que permite um elevado número de interações, possibilitando o acesso a novas experiências emocionais (Vidigal, 2005).

Desta forma, a terapia em grupo não deve ser encarada apenas como um espaço de encontro de indivíduos, mas também um espaço onde surgem um conjunto de emoções que são vividas e depois pensadas (Vidigal, 2005). As experiências poderão ser mais estimulantes e enriquecedoras, na medida em que privilegiam a interação social e uma maior espontaneidade do indivíduo. As crianças têm oportunidade de se relacionar ativamente, umas com as outras, enquanto os terapeutas assumem o papel de mediadores. O grupo servirá como um espaço “de ensaio” para experimentar diferentes competências necessárias nas relações com os pares (Aragón, 2007). Assim, além de todos os objetivos psicomotores envolvidos na intervenção em grupo, semelhantes aos desenvolvidos em intervenção individual, também é possível trabalhar o comportamento, a relação entre pares e as competências sociais. Entre as competências que podem ser desenvolvidas em pequeno grupo, Del Prette e Del Prette (2005); identificam as seguintes: (1) autocontrolo e expressividade emocional; (2) aptidões de cidadania; (3) empatia; (4) assertividade; (5) solução de problemas interpessoais; (6) estabelecimento de amizades; e, (7) aptidões sociais académicas.

De um modo geral, as sessões em grupo são mais estimulantes, favorecendo a comunicação e permitem uma maior espontaneidade por parte da criança, uma vez que esta se sente menos observada e se encontra em interação com outras crianças, não estando apenas com o adulto numa sala (Aragón, 2007). A dinâmica grupal ajuda a criança a adquirir a noção de sociabilidade, de criatividade e de aprendizagem em grupo que é, por si, criadora de sensibilidades e conhecimentos, ao mesmo tempo que é organizadora de estruturas adaptáveis às situações vivenciadas (Onofre, 2004). Em contrapartida, o grupo requer um maior espaço para a realização das sessões e devido à complexidade e riqueza de situações que se geram, exige uma maior disponibilidade por parte do terapeuta, e uma elevada capacidade de adaptação. Existe também uma menor oportunidade de observação dos elementos constituintes do grupo e a probabilidade acrescida de problemas de indisciplina. Além disto, para a criança em particular pode

suscitar uma maior dificuldade em adaptar-se ao ritmo de trabalho do grupo, sobretudo, se tiver dificuldades nas relações sociais (Aragón, 2007).

Contudo, cada caso é um caso e cada criança tem as suas características que devem ser tidas em conta na escolha do tipo de intervenção. Assim, sempre que possível o psicomotricista deve optar por um trabalho em grupo devido à riqueza da experiência e pelos benefícios que as crianças podem retirar da intervenção. No entanto, nas crianças com maiores dificuldades deve-se começar com sessões individuais e quando for possível, passar então para uma intervenção em grupo (Aragón, 2007).

Na escolha do melhor tipo de intervenção para cada caso, também é relevante ter em conta as características específicas da patologia apresentada pela criança, assim torna-se pertinente descrever e aprofundar de seguida, as patologias com as quais houve um maior contacto durante o período de estágio.

2. Atraso global do Desenvolvimento

O Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) é o subtipo mais comum de perturbação do Desenvolvimento na infância (Shevell et al., 2003; Shevell, Majnemer, Platt, Webster, e Birnbaum, 2005a). Pode ser definido como um atraso significativo em dois ou mais domínios do desenvolvimento: motricidade fina/global, linguagem, cognição, comportamento social e atividades da vida diária (Shevell et al., 2003; Shevell, Majnemer, Platt, Webster, e Birnbaum, 2005a), culminando em dificuldades com início precoce e que atrasam a aquisição dos marcos do desenvolvimento (Oliveira, Roddrigues, Venâncio, Saraiva e Fernandes, 2012). Um atraso é considerado significativo quando se situa dois ou mais desvios padrão abaixo da norma para a idade (Tirosh e Jaffe, 2011).

Qualquer um dos domínios referidos pode estar mais ou menos comprometido e assim o AGD é heterogéneo (Wong, 2011), não apenas na sua etiologia como também no seu perfil fenotípico (Ferreira, 2004). A heterogeneidade de critérios inerentes ao AGD pode estar associada à variabilidade existente no desenvolvimento infantil e plasticidade cognitiva, emocional e comportamental das crianças (Bellman e Cash, 1987 cit. in Silva e Albuquerque, 2011), dificultando a sua avaliação em idades pré-escolares comparativamente a outras faixas etárias (Silva e Albuquerque, 2011).

O Atraso Global do Desenvolvimento tem sido entendido como um termo não categorial e flexível, não figurando como categoria diagnóstica no DSM-IV (Silva e Albuquerque, 2011). Todavia, no DSM-V, este termo encontra-se definido na categoria referente às Dificuldades Intelectuais, sendo apenas reservado a crianças com idades inferiores ou iguais a cinco anos. Segundo o DSM-V, este conceito é utilizado quando a criança não alcança metas de desenvolvimento esperadas, em várias áreas do funcionamento intelectual (APA, 2013). Assim, o termo Dificuldade Intelectual, é apenas utilizado a partir da idade escolar (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva, e Fernandes, 2012). No que diz respeito à sua prevalência, esta é em grande medida desconhecida, mas estimada em 1 a 3% das crianças abaixo dos cinco anos (Ferreira, 2004), sendo mais frequente em crianças do género masculino (Srouf, Mazer, e Shevell, 2006).

O Atraso Global do Desenvolvimento é visto como uma problemática complexa com um perfil nosológico ainda por definir (Riou, Ghosh, Francoeur, e Shevell, 2009). As suas causas podem ser várias, incluindo fatores genéticos, complicações pré e perinatais (infecções, prematuridade, complicações obstétricas), pobreza e nível sociocultural baixo, bem como exposição a substâncias tóxicas durante o período intrauterino (Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva, e Fernandes, 2012).

Na determinação da etiologia, uma história compreensiva sobre o desenvolvimento da criança e os antecedentes familiares é essencial, i.e., uma anamnese pré, peri e pós-natal detalhada, bem como um exame físico e neurológico (McDonald, Rennie, Tolmie, Galloway, e McWilliam, 2006; Ferreira, 2004). Mesmo na ausência de uma explicação etiológica definitiva, a identificação precoce ajuda as famílias na procura de recursos e apoios adequados às necessidades da criança, de modo a minimizar o surgimento posterior de dificuldades.

Assim, e uma vez que um atraso em algumas etapas do desenvolvimento parece ser a base para o surgimento de posteriores dificuldades (Shapiro, Palmer, Antel, et al., 1990 cit in Shevell et al., 2005a), é importante intervir o mais precocemente possível. Segundo Guralnick (2011), a intervenção precoce tem contribuído positivamente para o desenvolvimento das crianças com atraso global do desenvolvimento, sendo que o AGD é uma condição e um dos critérios atuais para elegibilidade da criança no domínio da Intervenção Precoce em Portugal. (Ferreira, 2004 e Silva e Albuquerque, 2011).

Efetivamente, uma avaliação precoce das crianças com atraso no desenvolvimento permite uma intervenção mais especializada e facilita (Shevell, 1998): (1) a confirmação do atraso de desenvolvimento, (2) a categorização e classificação deste, (3) o estabelecimento, se possível, de um diagnóstico etiológico que o explique, (4) o encaminhamento para serviços de reabilitação de forma a reduzir o impacto do atraso no desenvolvimento, e (5) a gestão de alguma complicação médica associada (e.g.: espasticidade, convulsões, dificuldades de atenção). Uma melhor compreensão da plasticidade cerebral e, por outro lado, dos processos transacionais entre os fatores genéticos e ambientais (Sameroff e Fiese, 2000), providenciam uma boa forma de antecipar o prognóstico em relação ao impacto que esse atraso pode ter no desenvolvimento da criança (Tervo, 2003).

Pelo anteriormente referido, é possível constatar que o termo Atraso Global do Desenvolvimento tende a ser utilizado quando uma criança não realiza as aprendizagens esperadas para a sua idade cronológica e não tem um diagnóstico específico, o que, por sua vez, permite supor que crianças com problemáticas muito diferentes podem estar a ser enquadradas sob a mesma denominação, devido ao uso flexível do termo (Silva e Albuquerque, 2011). Torna-se então importante, identificar, não só a etiologia, mas principalmente providenciar informações às famílias, sobre as características, o prognóstico e estratégias de prevenção futuras (McDonald et al., 2006).

De acordo com Shevell et al. (2005a), as crianças com atraso de desenvolvimento revelam dificuldades significativas e persistentes na idade escolar. Estas podem ser observadas a nível académico, na aprendizagem da matemática, leitura e escrita (Scothard et al. 1998; Shapiro et al. 1990 cit. in Shevell, Majnemer, Platt, Webster, e Birnbaum, 2005b). Devido ao comprometimento de funções como a atenção, a memória a curto e longo prazo, o armazenamento de informação, os processos perceptivos, o processamento recetivo e a produção de linguagem e de programas motores (Ferreira, 2004). Para além disto, são também relatadas dificuldades ao nível do comportamento e na socialização (Trower e Nicol 1996 cit. in Shevell et al., 2005b; Merrel e Holland, 1997 cit. in Perna e Loughan, 2013).

A nível comportamental estão associados problemas de internalização (ansiedade ou depressão) e de externalização (e.g. comportamentos agressivos) (Tirosh e Jaffe, 2011). As crianças com atraso de desenvolvimento são mais suscetíveis a terem dificuldades ao nível da regulação emocional, pelo que quanto mais difíceis a nível temperamental e

maiores as dificuldades em se autorregular, maior a probabilidade de se verificarem problemas de comportamento. Temperamentos difíceis podem refletir uma maior dificuldade de as crianças se adaptarem (Guralnick, 1999), serem mais intensas a nível emocional, e naturalmente menos sociáveis (Crnic, Hoffman, Gaze, e Edelbrock, 2004).

Assim, ao nível das competências sociais, as crianças com AGD apresentam maiores dificuldades na relação com os pares e em estabelecer amizade, caracterizando-se por menores níveis de participação social e, conseqüentemente, maiores níveis de jogo solitário (Guralnick e Groom, 1987 cit. in Guralnick, 1999). As crianças tendem a ser menos bem-sucedidas na obtenção de respostas positivas por parte de outras crianças (Guralnick, Connor, Hammond, Gottman, e Kinnish, 1996 cit. in Crnic et al., 2004), o que pode, a longo prazo, ter implicações na qualidade de vida (Williams e Asher, 1992 cit. in Guralnick, 2010), em termos de independência, autodeterminação e inclusão nos contextos sociais.

É pertinente então, tentar perceber de que forma a intervenção psicomotora pode constituir uma mais-valia para as crianças com AGD.

2.1. Intervenção Psicomotora no Atraso Global do Desenvolvimento

Como já foi referido anteriormente, o AGD é considerado um atraso significativo em dois ou mais domínios do desenvolvimento: motricidade fina/global, linguagem, cognição, comportamento social e atividades da vida diária (Shevell et al., 2003; Shevell, Majnemer, Platt, Webster, & Birnbaum, 2005a), culminando em dificuldades com início precoce e que atrasam a obtenção dos marcos do desenvolvimento (Oliveira, Roddrigues, Venâncio, Saraiva e Fernandes, 2012).

As crianças com AGD revelam dificuldades devido ao comprometimento de funções como a atenção, a memória a curto e longo prazo, o armazenamento de informação, os processos perceptivos, o processamento recetivo e a produção de linguagem e de programas motores (Ferreira, 2004). Para além disto, são também relatadas dificuldades ao nível do comportamento e da socialização (Trower & Nicol 1996 cit in Shevell et al., 2005b; Merrel & Holland, 1997 cit in Perna & Loughan, 2013). A nível comportamental estão associados problemas de internalização e de externalização (Tirosh & Jaffe, 2011), dificuldades ao nível da regulação emocional e conseqüentemente dificuldades em se autorregular (Guralnick, 1999). Assim, ao nível das competências sociais, as crianças com AGD apresentam maiores dificuldades

na relação com os pares e em estabelecer amizade, caracterizando-se por menores níveis de participação social e, conseqüentemente, maiores níveis de jogo solitário (Guralnick e Groom, 1987 cit. in Guralnick, 1999), o que pode, a longo prazo, ter implicações na qualidade de vida (Williams e Asher, 1992 cit. in Guralnick, 2010), em termos de independência, autodeterminação e inclusão nos contextos sociais.

Segundo Martins (2001), a Psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano, em que se considera a constante interação das potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo, em que o corpo é o local de manifestação de todo o ser. A psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal e expressiva, que permite ao técnico estudar e compensar as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas, em questões relacionadas com problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo.

A intervenção psicomotora com crianças tem em consideração dois componentes fundamentais: o corpo e o jogo. O corpo é um instrumento de extrema importância, é através dele que formamos e manifestamos a nossa personalidade e através do seu conhecimento que se estabelecem as relações com o meio, permitindo alcançar diversas etapas do desenvolvimento. Por sua vez o jogo permite conhecer o nível de desenvolvimento, expressão, imaginação e motivação da criança (Riaño, 2004). Através da mediação do jogo e do brincar, conseguir-se-á que a criança aprenda, ao desenvolver três pilares fundamentais: psíquico, motor e cognitivo, envolvendo-a, ao mesmo tempo, numa atividade naturalmente satisfatória para ela (Rocha e Lírio, 2010).

Assim, o psicomotricista ao olhar para a criança numa perspectiva holística, poderá promover o desenvolvimento das diversas áreas do desenvolvimento da criança, utilizando como ferramentas essenciais o jogo, o movimento e as motivações da criança (Martins, 2001).

De seguida, será apresentada outra problemática com a qual houve contacto.

3. Competências Sociais e Emocionais e Problemas de Comportamento

O termo competências sociais não reúne consenso na literatura. Contudo, são encontradas algumas noções que incluem aspetos comuns a todas as definições, nomeadamente a noção de comportamentos sociais realizados de forma adequada e que

levam à competência social geral (Rutherford, Chipman, DeGangi e Anderson, 1992, cit. in Vaz, 2012).

Deste modo, segundo McFall (1976, cit. in Silva, 2001), a competência social define-se como a capacidade que é apreendida pelo indivíduo e é adquirida a partir do treino ou experiência, culminando em efeitos que sustentam as necessidades de uma situação de vida. Del Prette e Del Prette (2005 cit. in Cia e Barham, 2009) acrescentam que a competência social é caracterizada pela capacidade de incorporar um conjunto de habilidades sociais aos requisitos que surgem nas relações com o outro. Epps (1996, cit. in Canha e Neves, 2007) divide as competências sociais em duas vertentes, sendo estas comportamentos interpessoais, que dizem respeito à empatia, assertividade, gestão de ansiedade e raiva e as competências de comunicação, relacionadas com a capacidade de resolução de conflitos e as competências de intimidade.

De forma complementar, Loureiro, Frederico-Ferreira e Santos (2013) referem que as competências sociais são consequência de uma aprendizagem comportamental e relacional positiva e são determinantes para o desenvolvimento do percurso de vida. Durante a infância, as competências sociais são aprendidas, numa primeira fase, através da família e, posteriormente, pelo seu envolvimento, incluindo o papel da escola (Bandura, 1996 cit. in Cia e Barham, 2009).

Segundo Erickson (1976 cit. in Bandeira, Rocha, Pires, Prette e Prette, 2006), as crianças com idades compreendidas entre os seis e doze anos tendem a demonstrar reconhecimento social aprendido com os adultos. Deste modo, existem cinco conjuntos de comportamentos sociais referidos para esta faixa etária: (1) a relação com os grupos de pares, que inclui cumprimentos, elogios, oferta de ajuda e convite para jogos; (2) o autocontrolo, que implica o controlo do humor, seguir as regras e respeitar limites; (3) as habilidades sociais académicas onde é verificada a concretização de tarefas de forma independente e segundo as instruções; (4) o ajustamento que implica o cumprimento das regras e comportamentos de acordo com o esperado para a idade; e (5) a afirmação, na medida em que tomam a iniciativa de iniciar um diálogo, aceitam elogios e fazem convites (Del Prette e Del Prette, 2003; 2005 cit. in Bandeira et al. 2006).

Nas crianças em idade pré-escolar, Denham e Miller et al. (2007; 2006 cit. in Machado, 2008) salientam três componentes da competência emocional, associadas ao desempenho escolar, sendo estas: (1) o conhecimento de emoções que implica a

capacidade de identificar, reconhecer e nomear emoções, diferenciar as próprias emoções e compreender as emoções dos outros atendendo às expressões faciais; (2) a regulação de emoções que assenta na capacidade de moldar a intensidade e duração dos estados emocionais; e (3) o expressar a emoção em situações sociais.

O conhecimento das emoções é outro aspeto muito importante, pois prevê a aceitação entre os pares (Denahm et al. 1990; Garner, Jones e Miner, 1994; Walden e Field, 1990 cit. in Machado et al. 2008). Assim, para haver processamento da informação social a criança tem de ter competências que lhe permitam reconhecer emoções, contribuindo igualmente para o desenvolvimento das competências sociais (Mostow et al. 2002 cit. in Machado et al. 2008). Fields, Perry e Fields (2010) salientam que o desenvolvimento das competências emocionais exige tempo, pelo que quando as crianças desenvolvem a capacidade de regular as suas emoções, estão prontas para lidar com as suas flutuações emocionais de forma adequada.

Neste sentido, importa abordar de seguida, o papel da intervenção psicomotora nas competências sociais.

3.1. Intervenção Psicomotora nas Competências Sociais

Uma das características básicas do ser humano é a capacidade de estabelecer relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo (Gonçalves, 2004). A Psicomotricidade procura conhecer o corpo nas suas relações múltiplas: percetivas, imaginárias e simbólicas, pretendendo assim, transformá-lo num instrumento de ação sobre o mundo e num instrumento de relação e expressão com os outros (Vieira, Batista e Lapierre, 2005).

A psicomotricidade subentende então uma conceção holística de aprendizagem, com o corpo vivido e controlado, integrado e orientado no tempo e no espaço, aberto e disponível ao diálogo com os objetos e com o outro (Vieira et al., 2005). Assim pressupõe-se que o corpo não é essencialmente cognição, mas também o lugar de toda a sensibilidade, afetividade e emoção (Vieira et al., 2005), que através da psicomotricidade, e da função integradora do controlo corporal, consegue promover a integração social (Gonçalves, 2004). O corpo pode então ser visto como lugar de prazer, de desejo, de frustração e de angústia (Vieira et al., 2005). Um lugar de lembranças de todas as emoções positivas e negativas vividas pela criança na sua relação com os outros (Vieira et al., 2005). De acordo com Llinares e Rodríguez (2003), a principal finalidade

da psicomotricidade é o desenvolvimento das competências motoras, cognitivas e socio emocionais através do jogo e do movimento. A atividade lúdica, é considerada a principal forma de manifestação da criança que permite o desenvolvimento de vários aspetos sensoriomotores, socioemocionais e cognitivos, (Alves, 2007). De uma forma ou de outra, quando inseridas num momento de brincadeira, as crianças realizam entre si um tipo de interação social que é de elevada importância para a sua formação enquanto pessoas (Martins e Szymanski, 2004). Pode-se concluir que brincar é fundamental para a vida das crianças, pois por meio das brincadeiras, elas desenvolvem a sociabilidade e demonstram o afeto que sentem umas pelas outras, expressam sentimentos, revelam o seu interior, e interpretam o mundo que as rodeia (Alexandre e Vieira, 2004).

Em suma, de modo a fomentar competências sociais é necessária uma vivência corporal e social, onde a Psicomotricidade toma enfoque no reencontro da possibilidade de comunicar e de organizar o pensamento (Fonseca e Martins, 2001). Possibilitando a manutenção e generalização das competências, através do *transfer* para o quotidiano (Matos e Simões, 2001).

Posto isto, de seguida é aprofundada outra patologia com a qual houve um contato direto e continuado.

4. Epilepsia

Segundo, Lima (2005) a Epilepsia é uma perturbação que se caracteriza por excessivas descargas elétricas no cérebro. Este fenómeno surge nos neurónios ou células nervosas cerebrais, através do desequilíbrio entre a atividade excitatória e inibitória (Lima, 2005).

A epilepsia é uma disfunção do sistema nervoso associada a interrupções repetitivas e imprevisíveis da atividade elétrica cerebral, chamadas crises epiléticas (Westphal, Alonso, Silva, Azevedo, Caboclo, Garzon, Sakamoto e Yacubian, 2005). A crise é o resultado de uma disfunção temporária na atividade elétrica do cérebro, resultando na interrupção ou troca temporária das mensagens cerebrais (Yacubian, 2002). De acordo com a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (2016), estas surgem súbita e imprevisivelmente e são, por norma, de curta duração (podendo ir de segundos a minutos, raramente ultrapassando os 15 minutos), sendo que entre as crises mantém-se um funcionamento cerebral normal. As crises, tendencialmente, repetem-se ao longo do tempo, no entanto, a sua frequência varia de doente para doente.

Ainda segundo a Liga Portuguesa Contra a Epilepsia (2016), apesar de não ser possível determinar com rigor o número de pessoas com Epilepsia em Portugal, estima-se que em cada 200 habitantes, 1 sofra desta doença, perfazendo um total de 60 mil pessoas com Epilepsia em Portugal. Esta pode manifestar-se em qualquer idade, mas é mais incidente até aos 25 anos e após os 65 anos.

A etiologia da Epilepsia é variada, pois, são inúmeros os fatores que podem lesar os neurónios ou o modo como estes comunicam entre si. Entre as mais frequentes, encontramos os traumatismos cranianos, traumatismos de parto, algumas drogas ou outros medicamentos tóxicos, interrupção do fluxo sanguíneo cerebral causado por acidente vascular cerebral ou problemas cardiovasculares e doenças infecciosas ou tumorais. Quando uma causa é encontrada, denomina-se de “sintomática”, quando não se deteta nenhuma etiologia, designa-se de “idiopática”. E quando se suspeita de uma causa, mas não se consegue comprovar qual é, emprega-se o termo “criptogénica” (Yacubian, 2002; Lima, 2005 e LPE, 2016).

É importante proceder à classificação das crises epiléticas, de forma a permitir a perceção e o entendimento da sua tipologia, podendo-se então inferir acerca da quantidade de células nervosas afetadas ou da zona do cérebro que foi atingida pela descarga elétrica (Yacubian, 2002; Lima, 2005 e LPE, 2016). Segundo Yacubian (2002), as crises podem ser classificadas em crises parciais e crises generalizadas. As crises parciais envolvem uma parte limitada do cérebro, podendo ser simples – não provocam perda de contato com o meio circundante, i.e. a consciência não é afetada – ou complexas – envolvem perda de consciência, sendo que, algumas podem evoluir para crises generalizadas.

Por sua vez, nas crises generalizadas a descarga elétrica envolve todo o cérebro e estas podem dividir-se em: (1) crises de ausência, muito curtas, de apenas alguns segundos, mas que podem ocorrer várias vezes ao dia. A pessoa pode ficar imóvel, alheada e de olhar fixo, mas recupera rapidamente. Este tipo de crise começa geralmente na infância e pode causar problemas de atenção e aprendizagem na criança; (2) crises tónico-clónicas, provocam uma perda de consciência abrupta, numa primeira fase o corpo fica rijo – fase tónica – seguindo-se espasmos nos braços e pernas; (3) crises mioclónicas, provocam espasmos no corpo ou membros; e (4) crises atónicas, que provocam uma

perda súbita da força muscular e da consciência, fazendo com que a pessoa caia. A recuperação é imediata, mas a gravidade deriva do risco associado à queda (Yacubian, 2002; LPE, 2016).

Para a Liga Portuguesa contra a Epilepsia (2016), há um grupo de fatores suscetíveis de desencadear uma crise epilética. Como tal, pessoas epiléticas deverão evitar as mudanças súbitas da intensidade luminosa, a privação do sono, a ingestão de bebidas alcoólicas, alguns medicamentos e drogas ilícitas, devendo ainda ter especial atenção nas situações de estado febril, ansiedade e cansaço.

Muitas formas de epilepsia evoluem espontaneamente para a cura. Contudo, não se pode afirmar que essa evolução seja devida ao tratamento. De facto, com o tratamento apenas se pretende controlar o maior número possível de crises causando o mínimo de efeitos desagradáveis (LPE, 2016).

No que respeita, às crianças e jovens epiléticos, por se encontrarem em fase de crescimento, sabe-se que as crises podem ser prejudiciais, sobretudo se forem continuadas, pois podem originar a redução da oxigenação do cérebro, afetando gravemente o seu desenvolvimento. No entanto, estes não devem ser superprotegidos, dado que tal atitude levanta obstáculos ao seu crescimento psicológico e social (Hoare, 1984; Austin, Smith, Risinger, McNellis, 1994 e LPE, 2016).

Importa de seguida perceber como é que a intervenção psicomotora pode ser uma mais-valia na epilepsia.

4.1. Intervenção Psicomotora na Epilepsia

As crises epiléticas afetam o desenvolvimento neural da criança, sendo que as consequências variam consoante a zona do cérebro afetada pelas crises e o nível de maturação das funções cerebrais aquando do início das mesmas (Mulas et al. 2006). Efetivamente, segundo o mesmo autor, a uma epilepsia focal estão associados problemas neuropsicológicos específicos, pois no momento da descarga numa determinada região do córtex cerebral, esta não consegue realizar a sua função dentro da normalidade. Assim, dependendo da zona afetada podem surgir dificuldades visuo-espaciais, linguísticas, de atenção, de orientação, de motricidade, de lateralidade e de memória. As crises estão associadas a um desempenho intelectual menor, podendo originar dificuldades de aprendizagem. O que pode ainda ser agravado pelo impacto emocional que esta condição poderá ter na criança (Mulas et al. 2006).

Mas as consequências vão depender do nível de maturação do córtex cerebral no início das crises. Quando a epilepsia surge em crianças muito jovens a sua plasticidade cerebral tem capacidade para procurar alternativas de organização cortical de forma a gerar novos circuitos neurais e assim tentar colmatar os danos causados pelas crises (Mulas et al. 2006).

Segundo Martins (2001), a Psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano, em que se considera a constante interação das potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo, em que o corpo é o local de manifestação de todo o ser. Pode ser definida como uma reeducação ou terapia de mediação corporal e expressiva, que permite ao técnico estudar e compensar as condutas motoras inadequadas ou inadaptadas, em questões relacionadas com problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo. Segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade, a Psicomotricidade é baseada numa perspetiva holística do indivíduo, numa unidade entre o corpo e a mente, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e físicas na capacidade de agir num contexto psicossocial (EFP, 2013).

Segundo Martins (2001), a intervenção em Psicomotricidade é uma prática unificadora, fortalecendo a relação entre o corpo e a mente, sendo capaz de melhorar o potencial adaptativo do indivíduo. Desta forma, tem como objetivo contribuir para a superação de problemas ao nível da maturação, desenvolvimento, aprendizagem e comportamento, utilizando para isso, uma intervenção através da mediação corporal.

(B) Enquadramento Institucional Formal

1. Caracterização da Instituição e Objetivos

O Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDCTS) pertence ao serviço de Pediatria do HGO. Procura atender crianças e jovens que residam na área de influência do HGO, i.e. Almada, Seixal e Sesimbra, com perturbações neurológicas e do desenvolvimento, em idade pediátrica (até aos 18 anos), para primeiras consultas (CDC-HGO, 2009).

Um dos objetivos prioritários do serviço de Pediatria do HGO, desde a sua abertura, em 1992, era a criação de um Centro de Desenvolvimento Infantil que, de acordo com o definido nas recomendações do relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil,

publicado em 1993, pretendia constituir um centro multiprofissional e especializado na avaliação e tratamento de crianças com necessidades especiais. Em 1998, este projeto foi finalmente integrado num projeto mais amplo e, com o apoio do Programa Saúde XXI e da Fundação Calouste Gulbenkian, iniciou-se a sua construção. Contudo, devido a aspetos de cariz burocrático, só em 2007 é que a instituição se tornou funcional (CDC-HGO, 2009).

As terapias e tratamentos disponíveis no CDCTS estão integrados no Sistema Nacional de Saúde (SNS). De acordo com as regras do SNS, as consultas, os tratamentos e as terapias que o CDCTS oferece eram gratuitos para crianças com idades inferiores aos 12 anos (inclusive), sendo que a crianças com idade superior à referida apenas lhes era solicitado o pagamento de uma taxa moderadora. Porém, atualmente crianças e jovens até aos 18 anos não pagam qualquer taxa pelos serviços prestados pelo centro (CDC-HGO, 2009).

O CDCTS tem como principais objetivos a formação de um centro multiprofissional, integrado na Unidade Hospitalar do Sistema Nacional de Saúde, que visa o atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento. Deste modo, presta serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento das várias doenças neurológicas agudas e crónicas e perturbações do desenvolvimento psicomotor (CDC-HGO, 2009).

É através desta missão que o Centro cumpre os grandes objetivos de uma unidade do sistema público, na medida em que proporciona uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e excelência, garantindo a equidade e universalidade do acesso a estas crianças, por oposição aos centros até agora construídos, que atuam apenas a nível privado (CDC-HGO, 2009).

Assim, segundo o mesmo autor, os objetivos gerais do Centro são:

- Constituir um centro multiprofissional para atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, proporcionando possibilidade de investigação, avaliação e tratamento;
- Apoio médico e psicossocial às famílias;
- Promover a ligação à comunidade, já desenvolvida pelas Unidades de Neuropediatria e Desenvolvimento e de Reabilitação Pediátrica, incentivando a continuidade de ação, privilegiando a ligação com os cuidados de saúde primários e promovendo a cooperação institucional;

- Cooperar com os profissionais que atuam nos apoios educativos para avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança;
- Servir de centro de referência para o diagnóstico e avaliação de crianças que ultrapassem as capacidades técnicas dos hospitais distritais da zona Sul;
- Colaborar na formação dos profissionais intra e extra hospitalares, nas diferentes áreas, tanto através de estágios específicos, como por ações de formação dirigidas a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social;
- Desenvolver atividade científica através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica;
- Criar um polo de investigação aplicada e ensaio de ajudas técnicas e novas tecnologias

Seguidamente, torna-se relevante abordar quais são as atividades gerais que o CDCTS desenvolve.

2. Atividades Desenvolvidas

O CDCTS dispõe de diversas atividades que incidem essencialmente em três grandes áreas, nomeadamente, Assistencial, Formativa e Científica (CDC-HGO, 2009).

No que concerne à **Atividade Assistencial**, esta compreende as consultas individualizadas para as diferentes especialidades, consultas multidisciplinares para as patologias mais complexas, bem como as intervenções terapêuticas nas diferentes áreas (CDC-HGO, 2009).

Deste modo, a Atividade Assistencial incide sobre várias componentes: Consultas Gerais, Consultas Pluridisciplinares, Intervenções Terapêuticas, Enfermagem, Serviço Social e Educação (CDC-HGO, 2009).

As consultas gerais englobam as consultas de Desenvolvimento, Epilepsia, Neuropediatria, Reabilitação Pediátrica e Psicologia (CDC-HGO, 2009).

As perturbações do desenvolvimento afetam muitas crianças e apresentam graves repercussões na vida das mesmas. Nos casos mais graves e devido à complexidade e especificidade que está associada a estes, é necessária uma avaliação, diagnóstico e orientação da criança por uma equipa multidisciplinar. Deste modo, é de salientar as consultas de Desenvolvimento que são realizadas com o intuito de efetuar um

diagnóstico para se proceder às respetivas intervenções da equipa multidisciplinar, tendo em conta o contexto familiar e escolar da criança (CDC-HGO, 2009).

No que concerne às consultas de Epilepsia, estas são realizadas por médicos especializados, que seguem estes doentes, monitorizando a situação nas suas diversas implicações médicas, psicológicas e sociais (CDC-HGO, 2009).

As consultas de Neuropediatria/Neurologia Pediátrica são realizadas por médicos especializados que realizam uma avaliação personalizada e propõem investigação e intervenção adequadas a cada caso específico. No centro, as situações mais observadas nesta consulta são a epilepsia, cefaleias, paralisia cerebral, doenças neuromusculares, perturbações do desenvolvimento e do comportamento. Posteriormente a uma avaliação global, algumas das situações mais complexas, em que a intervenção de outros técnicos seja relevante, poderão passar a seguimento nas consultas Pluridisciplinares específicas (CDC-HGO, 2009).

Nas consultas de Reabilitação Pediátrica avalia-se e segue-se as crianças que necessitam de cuidados de reabilitação com perturbações diversas, internadas nos serviços de Pediatria e Pediatria Cirúrgica, ou encaminhadas pelas consultas externas hospitalares de Pediatria Geral, Desenvolvimento, Neuropediatria, Ortopedia Infantil ou outra, dos centros de saúde ou de pediatras privados (CDC-HGO, 2009).

As Consultas de Psicologia têm o intuito de clarificar o diagnóstico a fim de planear a intervenção, numa perspetiva multidisciplinar. As psicólogas clínicas fazem parte e apoiam as consultas de Neuropediatria, Desenvolvimento, Epilepsia e Seguimento de Recém Nascidos de alto risco e fazem observação/avaliação psicológica e do desenvolvimento, consultas terapêuticas, de orientação, de vigilância e de apoios psicoterapêuticos (CDC-HGO, 2009).

No que diz respeito às consultas pluridisciplinares estas implicam a troca de informação entre todos os técnicos intervenientes e permitem uniformizar as atuações dos mesmos, para assim rentabilizar o tempo e aumentar a eficácia. Contribuem de forma abrupta para uma melhoria da qualidade de vida das crianças e famílias, evitando a sua deslocação por múltiplas vezes ao centro. Assim, esta equipa estabelece um plano de intervenção e reabilitação, que abrange a vertente motora, sensitiva, sensorial, socio afetiva e familiar do desenvolvimento global da criança e elabora as estratégias adequadas de forma a promover a execução do mesmo (CDC-HGO, 2009).

As intervenções terapêuticas atuam para promover as capacidades das crianças, potencializando as áreas fortes e melhorando as áreas menos fortes, progredindo para a autonomia da criança e integração na comunidade (CDC-HGO, 2009). Estas intervenções englobam a Terapia da Fala, Terapia Ocupacional (TO) e Terapia Psicomotora/Reeducação Psicomotora.

A Terapia da Fala intervém na prevenção, avaliação e tratamento de problemas ao nível da comunicação, i.e. problemas de fala, articulação, linguagem, fluência, voz (CDC-HGO, 2009).

A Terapia Ocupacional avalia o desenvolvimento motor e o processamento sensorial e comportamental da criança, promovendo o desenvolvimento de competências sensoriomotoras e cognitivas, fundamentais à execução das atividades do quotidiano, através da colaboração com os pais e outros técnicos que intervêm com a criança (CDC-HGO, 2009).

A Terapia/Reeducação Psicomotora utiliza o corpo em movimento e a sua expressão como objeto de trabalho, de forma a organizar a atividade cognitiva, atividade motora e equilíbrio emocional. Atua sobre um contexto lúdico e corporal, utilizando o jogo e o movimento na promoção do desenvolvimento psicomotor, comportamento socio emocional e promoção da aprendizagem (CDC-HGO, 2009).

No que concerne à Enfermagem, esta tem como objetivo potencializar a autonomia e a qualidade de vida da criança ou jovem, facultando a esta e à sua família ferramentas de adaptação à sua situação e eventuais condições e consequências (CDC-HGO, 2009).

O Serviço Social intervém para minimizar problemas sociais que dificultem o tratamento, cura e reabilitação dos pacientes e na sua reintegração após a alta hospitalar (CDC-HGO, 2009).

Por fim, a Educação funciona como recurso para as famílias e comunidade na procura de orientação para os projetos de vida das crianças, visando a avaliação das situações analisadas; a articulação dos diferentes serviços da comunidade; a dinamização de um gabinete de avaliação para despiste e encaminhamento para os serviços na comunidade e, a implementação de sistemas de comunicação aumentativa/alternativa (CDC-HGO, 2009).

No que diz respeito à **Atividade Formativa** esta encontra-se dirigida para formações direcionadas aos pais e técnicos das áreas da saúde, educação, e segurança social, englobando ainda os estágios de profissionais das diversas áreas (CDC-HGO, 2009). Um exemplo destas atividades é o curso de Introdução à Neuropediatria e Desenvolvimento, destinado a todos os internos de pediatria, reabilitação, medicina geral e familiar, e estudantes do 6º ano de medicina, normalmente, nos meses de Outubro/Novembro. Neste são abordadas especificamente cada uma das perturbações do desenvolvimento, sobre as quais o Centro intervém (CDC-HGO, 2009).

Na Atividade Formativa englobam-se também as ações de formação para médicos, professores e pais, acerca de temas relacionados com a problemática da Epilepsia, a colaboração nas reuniões gerais do Serviço de Pediatria e as Reuniões Multidisciplinares. Estas reuniões multidisciplinares requerem a dinamização e participação ativa da equipa do CDCTS, tendo uma periodicidade variável. As reuniões de grupo de intervenção terapêutica realizam-se semanalmente tendo por objetivo a discussão e partilha de casos clínicos. Além destas, semanalmente às terças-feiras, são realizadas as reuniões de equipa que também pretendem a exposição de estudos de caso e sua discussão. Ainda semanalmente, mas às quintas-feiras, decorre o *Journal Club*, uma reunião em que os profissionais ou estagiários do CDCTS e das diversas áreas que este incorpora, expõem à equipa um tema da sua escolha com relevância para o centro, pelo que esta reunião é caracterizada pela partilha, reflexão e aprendizagem conjunta, promovendo a autoformação de toda a equipa (CDC-HGO, 2009).

Para além destas, existem as reuniões de neurorradiologia que também se realizam todas as semanas. Já as de neurofisiologia são mensais, assim como as do grupo de deficiência do conelho de Almada e as reuniões multidisciplinares da cirurgia da epilepsia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. As de pedopsiquiatria acontecem de 2 em 2 meses, bem como as reuniões com as equipas dos projetos de intervenção precoce de Sesimbra, Almada e Seixal, onde são partilhados os pontos de situação das crianças acompanhadas no CDCTS. Existem ainda as reuniões com as equipas de apoio educativo e os professores, e as visitas às escolas realizadas quando necessário (CDC-HGO, 2009).

A **Atividade Científica** consiste na elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica, regularmente apresentados em reuniões nacionais e internacionais ou publicados em revistas especializadas. O CDCTS tem alguns artigos publicados e projetos em

desenvolvimento, individuais e em parceria, pois promove a investigação clínica e o espírito crítico e criativo dos seus profissionais (CDC-HGO, 2009). Um exemplo destas atividades, foi o *poster* realizado pela Psicomotricista Joana Carvalho e a Psicóloga Sandra intitulado como “Grupo terapêutico com crianças” e apresentado no 13º encontro luso-brasileiro, 15º Congresso Nacional de Grupo Análise, onde recebeu o prémio de melhor *poster* exposto.

3. Recursos Humanos

O CDCTS dispõe de uma equipa multidisciplinar. Esta é formada por médicos, enfermeiros, terapeutas de diversas especialidades, técnicos, professores, entre outros profissionais, que trabalham com o intuito de apoiar as crianças do Centro de forma global e especializada (CDC-HGO, 2009). Deste modo, atualmente fazem parte da equipa do Centro dez médicos: três Neuropediatras, cinco Pediatras do Desenvolvimento e dois médicos de Reabilitação. Relativamente aos terapeutas, atualmente existem dois Terapeutas Ocupacionais, uma Terapeuta da Fala e uma Psicomotricista. O Centro dispõe ainda, de cinco Psicólogas, uma Assistente Social, três Enfermeiras, uma Professora e uma Educadora de ensino especial, uma Auxiliar de ação médica e duas Administrativas.

Seguidamente, serão abordados os recursos materiais que o centro dispõe, começando por referir as instalações que o constituem, de forma a compreender a sua dinâmica física e, posteriormente, será descrita a organização e constituição da Sala de Psicomotricidade.

4. Recursos Materiais

No que respeita aos recursos materiais do CDCTS, será feita uma abordagem às suas instalações, em geral, e à sala de Psicomotricidade, em específico.

4.1. Instalações

O CDCTS é constituído por uma série de salas adequadas a cada especialidade anteriormente referidas e adaptadas à sua população alvo, a nível funcional e instrumental, bem como a nível motivacional e relacional (CDC-HGO, 2009). Esta última componente encontra-se relacionada com a decoração, que desempenha um papel essencial na promoção de um ambiente calmo, tranquilo e lúdico existente no Centro, ajustando-se à faixa etária dos utentes. Assim sendo, o chão é azul com

brilhantes e as paredes estão pintadas com desenhos que representam uma história. Esta decoração foi criada pela organização internacional *Paint a Smile*.



Figura 1 - Exemplos de alguns desenhos criados pela Paint a Smile

No que diz respeito à estrutura do Centro, este divide-se em três secções, nomeadamente, o espaço para consultas e intervenção, o espaço do pessoal técnico e o espaço da sala de espera (CDC-HGO, 2009).

À entrada do centro, do lado esquerdo está a receção e do lado direito encontra-se a sala de espera, constituída por uma zona lúdica, cadeiras, mesas pequenas e alguns jogos para as crianças. Nessa zona existem quatro casas-de-banho, sendo duas delas adaptadas especialmente a crianças.

Ao atravessar o corredor, encontra-se o percurso da esquerda, destinado apenas à equipa técnica e o corredor da direita, destinado à equipa e respetivos utentes. O percurso da esquerda é formado por quatro gabinetes (um para secretariado, um para a coordenação e dois para a equipa técnica), uma copa (sala de pausa), um balneário para os funcionários colocarem os seus pertences nos respetivos cacifos e poderem trocar de roupa, duas casas-de-banho, uma sala de reuniões e uma biblioteca. Por outro lado, o percurso da direita é compreendido por quatro casas-de-banho, três arrecadações, dez gabinetes, duas salas com produtos de apoio, duas salas de terapia da fala, duas salas de avaliação, uma sala de tratamento, uma sala da assistente social, uma sala de fisioterapia, uma sala de terapia ocupacional e uma sala de Integração Sensorial/Psicomotricidade.

4.1.1. Sala de Psicomotricidade

No que diz respeito à Sala de Integração Sensorial/Psicomotricidade, onde são realizadas as sessões individuais e em grupo, é de referir que esta tem uma dimensão média, com uma porta voltada para o corredor de passagem e outra voltada para o corredor onde se situam os gabinetes, sendo esta a porta principal. É formada ainda por

duas janelas voltadas para o corredor de passagem, com vidro unidirecional, cujo intuito é de que a criança não se aperceba que está a ser observada, embora esta função não esteja ainda totalmente operacional.

Quanto aos materiais da sala, é de salientar que são muito diversos e se encontram em ótimo estado, permitindo as devidas condições de segurança para as crianças e terapeuta e eficácia na concretização das sessões, o que auxilia uma intervenção eficiente e bem-sucedida.

Deste modo, a Sala de Psicomotricidade possui uma piscina de bolas, um banco sueco, um trampolim, um “ovo”, vários cones, bastões e arcos, três traves azuis e uma de ferro no teto com ganchos e cordas, cinco sapos de várias cores, formas geométricas, bolas de diversas cores, tamanhos e texturas, balões, um quadro branco com apagador e canetas, um saco com bolas, um túnel acolchoado e dois de plástico, seis colchões de vários tamanhos, um baloiço quadrangular, um baloiço cilíndrico, uma esponja com túnel no meio, um espelho, um espaldar, dois pares de andas, um relógio, vários jogos lúdicos de mesa e tabuleiro, rolos que fazem pressão, legos e outras peças de encaixe, jogos de abotoamentos, diversos instrumentos musicais, livros infantis, jogo de *bowling*, cinco triciclos, argolas, um dado almofadado, raquetes e respetiva bola, blocos almofadados de diferentes tamanhos, cordas, material de artes plásticas, e.g. pinceis, lápis de cor, canetas de filtro, lápis de cera, tintas e cartolina, entre outros materiais.



Figura 2 - Exemplos de materiais da Sala de Psicomotricidade

Posto isto, torna-se relevante abordar o modelo de atendimento do CDCTS e processo de encaminhamento para a psicomotricidade.

5. Modelo de atendimento

Primeiramente, as crianças são encaminhadas para o Centro através do médico de família ou eventualmente após entrada nas urgências pediátricas do HGO, podendo ir a uma consulta de Reabilitação Pediátrica, Neurodesenvolvimento ou Desenvolvimento, de acordo com as suas necessidades e características. Após consulta e se necessário, os médicos decidem a Intervenção Terapêutica mais pertinente e adequada para aquela criança, normalmente, após avaliação psicológica.

No que diz respeito ao modelo de atendimento na Terapia Psicomotora, por norma, as crianças são referenciadas pelas diferentes especialidades médicas do CDCTS. Estipulou-se, nos últimos anos, que a primeira consulta em psicomotricidade é conjunta com uma consulta de Reabilitação Pediátrica. Assim, decide-se a necessidade de avaliação e posterior intervenção em Psicomotricidade ou encaminhamento para a comunidade.

Este processo pode ser observado de modo esquemático na ilustração 1.

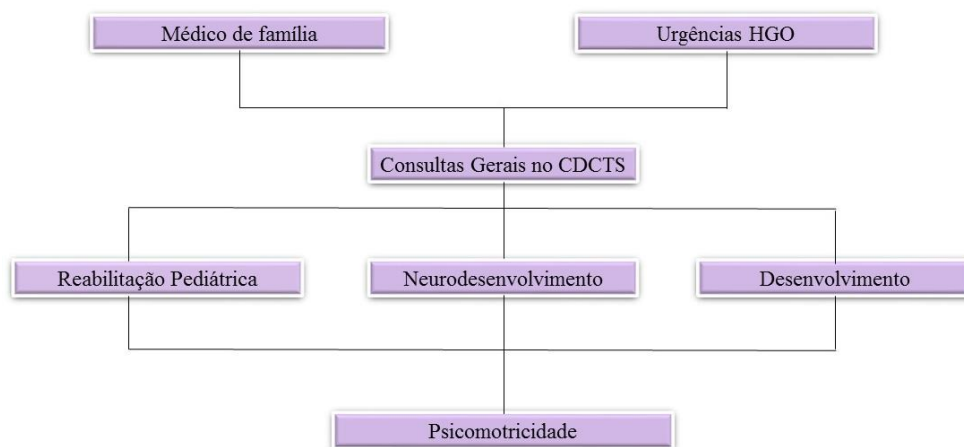


Figura 3 - Modelo de atendimento e encaminhamento para a psicomotricidade

Capítulo II – Realização da Prática Profissional

Após uma caracterização da instituição, bem como uma apresentação dos principais conceitos associadas à prática realizada durante o estágio profissionalizante, no segundo capítulo, pretende-se dar a conhecer todas as atividades realizadas durante o período de estágio, caracterizando os processos de avaliação e intervenção, bem como os casos acompanhados.

1. Calendarização das Atividades

Num primeiro momento, após a seleção dos locais de estágio, procedeu-se à marcação de uma primeira reunião com a orientadora de estágio, no dia 28 de setembro, onde foram dados a conhecer os objetivos do RACP, fornecida bibliografia útil para o início do estágio profissionalizante e o contacto da orientadora local.

Posteriormente a esta, no dia 9 de outubro, teve ainda lugar na faculdade uma reunião que contou com a presença da orientadora académica (Prof. Doutora Teresa Brandão), a orientadora local (Dra. Joana Carvalho) e a estagiária de 1º ciclo (Teresa Silva). Nesta reunião foram formalizadas as apresentações, esclarecidas algumas dúvidas e curiosidades bem como, estabelecidas as principais diretrizes e interesses de trabalhos.

Ainda antes de se iniciarem as atividades de estágio ocorreu uma visita ao CDCTS, no dia 3 de novembro, para que as estagiárias pudessem ficar a conhecer as instalações. Assim sendo, o estágio profissionalizante teve início a 6 de novembro de 2015, tendo terminado no dia 1 de agosto de 2016. Durante este período, foram realizadas duas interrupções letivas, de acordo com o calendário académico 2015/2016. Assim, a primeira interrupção letiva decorreu durante o período das férias do Natal e prolongou-se até à primeira semana de janeiro, correspondendo ao período de 21 de dezembro de 2015 a 3 de janeiro de 2016. A segunda interrupção decorreu no período das férias da Páscoa, de 21 de março a 28 de março de 2016.

O processo de estágio propriamente dito, foi organizado de forma funcional, de acordo com o cronograma que se segue (tabela 1). As atividades apresentadas surgiram de forma gradual e progressiva, seguindo uma lógica coerente de realização. Desta forma é possível, distinguirem-se seis momentos principais: integração, observação, avaliações iniciais, intervenção psicomotora, avaliações finais e realização/entrega do relatório de estágio. No entanto, apesar do cronograma apresentar um carácter crescente e fragmentado por etapas, todas estas fases representam um trabalho unitário, vivenciado, muitas vezes, conjuntamente num mesmo momento. Estas fases irão ser analisadas mais pormenorizadamente em seguida.

Tabela 1 – Calendarização das Atividades de Estágio

2015 2016	Integração	Observação	Avaliações Iniciais	Intervenção Psicomotora	Avaliações Finais	Realização e Entrega do Relatório de Estágio
Novembro						
Dezembro						
Janeiro						
Fevereiro						
Março						
Abril						
Maio						
Junho						
Julho						
Agosto						
Setembro						

Com o início do estágio, necessariamente surge uma fase de integração das estagiárias à estrutura e dinâmicas da instituição e equipa, bem como, de forma gradual às sessões de intervenção e avaliação psicomotora. No entanto, como a Dra. Joana vinha de um período de baixa alargado, este processo foi ocorrendo ao longo do mês de novembro e dezembro à medida que se iam organizando os processos das crianças e retomando a rotina das sessões de psicomotricidade.

Assim, durante estes dois meses, procedeu-se à análise dos pedidos que estavam pendentes para a Terapia Psicomotora, tanto para primeiras consultas, como também, de casos já anteriormente acompanhados, e chamados para reavaliação. Nesta fase, realizaram-se os contactos com as famílias, iniciando-se as avaliações. Num primeiro momento, as avaliações foram dirigidas pela orientadora local, privilegiando-se, deste modo, uma postura mais passiva, de observação, e posteriormente, a estagiária foi tendo progressivamente um maior contacto e prática com os instrumentos de avaliação, sendo-lhe dada a oportunidade de também avaliar as crianças, o que sucedeu rapidamente.

Ainda em dezembro, como se observa pela tabela 1, iniciaram-se as intervenções e de acordo com o número de casos recebidos, bem como com a disponibilidade das salas,

surgiu a necessidade de ajustar o horário da estagiária, e de aumentar o número de horas previstas no regulamento do RACP, progredindo-se para uma participação mais autónoma e independente, com contacto direto com as crianças, na avaliação, preparação e dinamização de sessões. É de referir que de janeiro a junho foram surgindo novos pedidos e referências por parte da equipa médica do CDCTS, sendo que, foram recebidas várias crianças para avaliação e despiste do desenvolvimento psicomotor e/ou para dar seguimento à terapia psicomotora ao longo deste tempo.

Por fim, após o período de intervenção, realizaram-se as reavaliações psicomotoras com o objetivo de verificar possíveis modificações e melhorias, e reajustando as estratégias de atuação/referenciação. Como tal, agendaram-se novas reuniões com os pais, conjuntamente com os médicos responsáveis, sempre que possível, para dar a conhecer o processo de intervenção e os feedbacks das respetivas avaliações. Em alguns casos procedeu-se ao processo de alta das crianças, considerando-se a possibilidade de no próximo ano letivo, voltarem a ser acompanhados; noutros casos, que estavam a ser acompanhados pela estagiária, e nos quais, se considerou importante a continuidade do apoio, progressivamente começaram a ser acompanhados pela Técnica local.

Apesar de inicialmente ter sido falado que a estagiária iria estender o seu período de estágio até junho, no sentido de colmatar o facto de este se ter iniciado mais tarde do que o previsto. Esta data acabou por ser um pouco mais alargada, havendo sessões até agosto, devido à necessidade de algumas crianças serem de novo passadas para a Dra. Joana, o que requeria um período de transição e habituação. De salientar que no mês de julho o horário e as sessões feitas pela estagiária foram mais reduzidos.

2. Horário do Estágio

A consulta do seguinte horário-tipo deve ter em consideração que este não foi estático, mas sim moldável aos diferentes progressos e várias fases que decorreram ao longo do estágio. Inicialmente, houve um acompanhamento do horário da técnica e orientadora local, e posteriormente, foi-se ajustando consoante o número de casos recebidos e a disponibilidade das salas para a prática da terapia e avaliações psicomotoras.

Assim, de um modo geral, realizou-se uma média de 30 horas semanais, durante aproximadamente 35 semanas, o que perfaz um total de 1050 horas de estágio curricular. Em baixo, na tabela 2, segue-se um horário-tipo das atividades desenvolvidas durante o período de estágio.

Tabela 2 - Horário de Estágio

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h00	Sessões Individuais	Sessões Individuais	Primeiras Avaliações/ Avaliações Prematuros	Sessões Individuais	Sessões Individuais
9h30-10h30					
10h30-11h30					
11h30-12h30					
12h30-13h30					
13h30-14h30	Almoço	Almoço		Almoço	
14h30-15h30	Sessão de Grupo	Reunião de Equipa		Sessão de Grupo	
15h30-16h30		Sessão de Grupo			
16h30-17h30					
17h30-18h30					

3. População Atendida

Durante o período de frequência no CDCTS, foi possível contactar com 93 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 18 anos, sendo a média de idades de 6,8 anos. Sessenta e nove dessas crianças eram do género masculino, e vinte e quatro do género feminino (Anexo C).

Das 93 crianças observadas no CDCTS, foram avaliadas 68, deste número, cerca de 27 crianças não foram avaliadas pela estagiária de mestrado, tendo sido avaliações feitas ou pela estagiária de licenciatura ou pela psicomotricista responsável. De notar ainda, que houve crianças em intervenção que não foram avaliadas durante o tempo de estágio (25 crianças), uma vez que, já eram acompanhadas no CDCTS anteriormente e tinham uma avaliação feita há menos de 6 meses, não se justificando uma reavaliação.

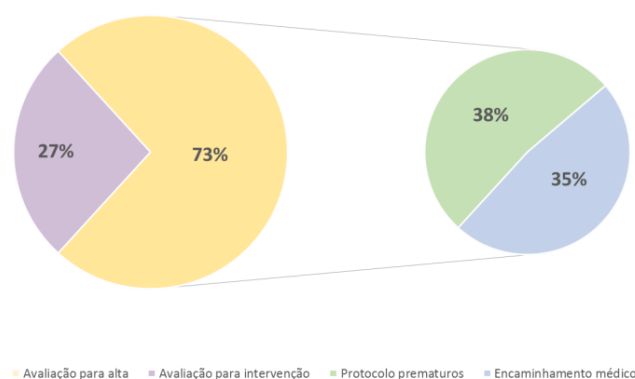


Figura 4 – Crianças acompanhadas no CDCTS

Como é possível observar pelo gráfico acima, do total de crianças avaliadas apenas 27% seguiu para intervenção, sendo que a maioria (73%), teve alta imediata. De notar, que 38% destas crianças foram avaliadas no decorrer do protocolo dos prematuros. Este é um projeto desenvolvido no centro, que objetiva acompanhar o desenvolvimento das crianças nascidas prematuramente no HGO. Assim, estas são vistas nas diferentes especialidades médicas, periodicamente, de modo a avaliar o seu desenvolvimento e despistar qualquer problema. Desta forma, a sua avaliação não tem, necessariamente, como propósito direto uma intervenção. Já os outros 35%, correspondem a crianças encaminhadas pelos médicos, para psicomotricidade, com o propósito de se averiguar a pertinência da intervenção psicomotora como mais-valia na superação das dificuldades destas crianças. De ter em conta, que um número reduzido de crianças não ficou para intervenção por impossibilidade horária das técnicas para acompanharem mais crianças.

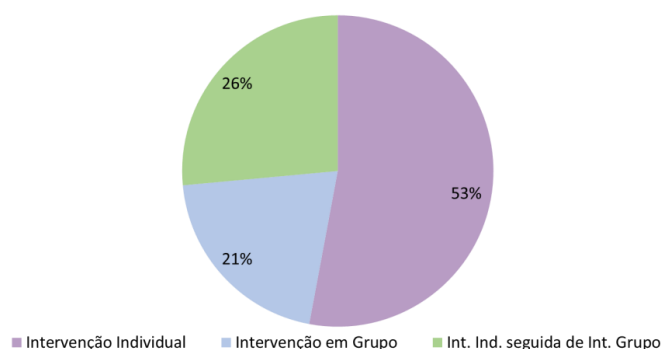


Figura 5 - Crianças observadas

Quanto às crianças em intervenção com a estagiária, foram acompanhadas um total de 34 crianças, que se dividiram entre intervenção individual e intervenção em grupo. Como é observável através do gráfico, a maior parte das crianças foi acompanhada em intervenção individual (53% o que equivale a 18 crianças), e as restantes 16 crianças

(47%) foram acompanhadas em intervenção de grupo. De notar que destes 47%, 26% correspondem a crianças que antes de entrarem num grupo foram acompanhadas individualmente pela estagiária. Assim, sete crianças que constituíram grupos já estavam integradas num grupo no ano anterior e nove crianças foram integradas pela primeira vez num grupo. De ter em conta, que deste total de crianças em intervenção quer individual quer em grupo, algumas eram acompanhadas também pela psicomotricista local.

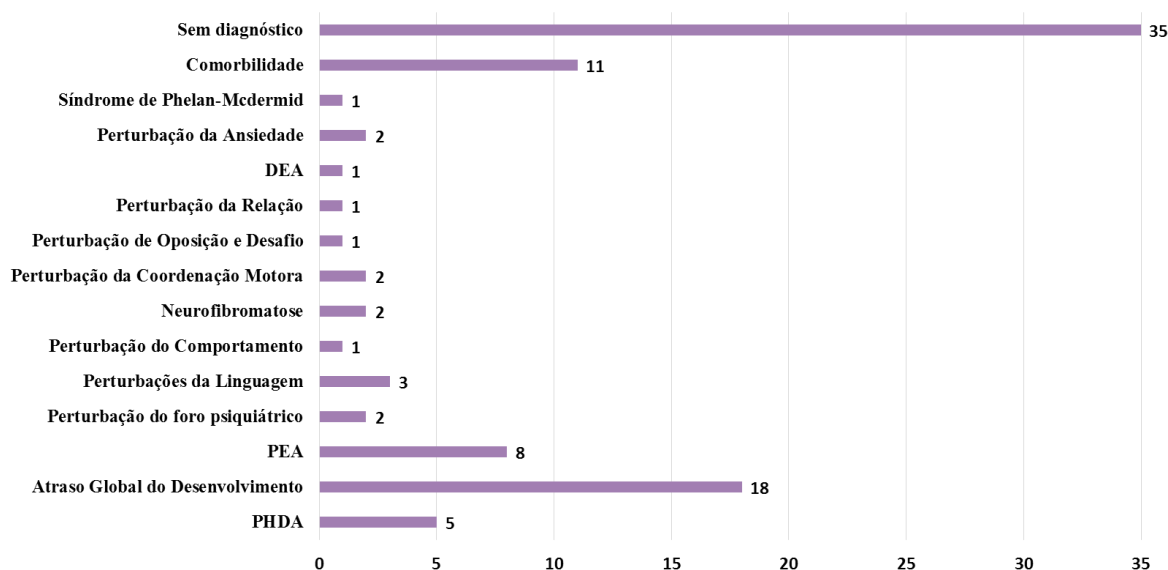


Figura 6 - Diagnóstico das crianças observadas no CDCTS

No que concerne ao diagnóstico das crianças observadas, pode-se verificar no gráfico acima que a maioria das crianças referenciadas para intervenção não apresentava diagnóstico definido, 35 crianças, sendo que estas apresentavam e.g. dificuldades relacionais/emocionais, dificuldades na socialização, dificuldades no planeamento e execução motora, dificuldades na marcha, dificuldades na motricidade fina, dificuldades académicas, de atenção ou instabilidade motora. Já o diagnóstico mais frequente foi atraso global do desenvolvimento, com 18 crianças referenciadas. Seguindo-se a este, a presença de um diagnóstico com comorbilidades, 11 crianças referenciadas. No que diz respeito às comorbilidades, estas são muito distintas, mas na sua maioria englobavam diagnósticos de epilepsia, paralisia cerebral, PEA, perturbação de oposição-desafio, perturbação da coordenação motora, perturbação da linguagem, neurofibromatose, atraso global do desenvolvimento, entre outras. Seguidamente, surge o diagnóstico de PEA, com 8 crianças referenciadas e depois a PHDA, com 5 crianças referenciadas.

Por fim, em número inferior, foram recebidas crianças reencaminhadas por perturbações da linguagem (3), perturbações do foro psiquiátrico (2), neurofibromatose (2), perturbação da coordenação motora (2), perturbação da ansiedade (2), perturbação do comportamento (1), perturbação de oposição-desafio (1), perturbação da relação (1), dificuldades específicas da aprendizagem (1) e síndrome de phelan-mcdermid (1).

4. Processo de Intervenção

O processo de intervenção psicomotora, no CDC, inicia-se com a referenciação médica, com ou sem diagnóstico clínico reconhecido.

Após os casos serem encaminhados para a Psicomotricidade, é agendado um primeiro contacto com os pais e a criança, no qual se procura conhecer o percurso desenvolvimental da criança, a sua situação atual em contexto escolar e em casa, bem como as principais preocupações dos pais. Para além disto, neste primeiro contacto pretende-se esclarecer a família acerca do que consiste o processo de avaliação e intervenção psicomotora.

A avaliação inicial é feita através da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor e, quando necessário, de uma observação de carácter mais informal. Este processo tem uma durabilidade variável, podendo ir de uma a três sessões.

Quando concluída a avaliação, é elaborado um relatório que visa descrever de forma sucinta os aspetos observados e as áreas de desenvolvimento nas quais se verificaram maiores dificuldades, bem como o tipo de resposta que poderá ser dada em termos de intervenção. O relatório de observação psicomotora (Anexo D) é previamente discutido com o médico responsável e, posteriormente entregue aos pais.

Sempre que possível, procura-se oferecer uma resposta no CDCTS que vá de encontro às atuais necessidades da criança e da família. Esta resposta pode ser a dois níveis – intervenção individual e intervenção de grupo. Quando não existe a necessidade de intervenção, ou o número de vagas em Psicomotricidade já está totalmente preenchido, os casos podem ser reencaminhados para outras especialidades ou intervenção psicomotora no exterior. Para além disto, independentemente de as crianças poderem ter ou não, apoio em Psicomotricidade no CDCTS, na maioria dos casos, considera-se

importante que estas possam também estar integradas numa atividade de lazer ou desportiva (e.g. natação, karaté, etc.).

Após a intervenção psicomotora, elabora-se um relatório de intervenção (Anexo E), no qual são sintetizadas as principais conclusões acerca do processo de intervenção, dos progressos das crianças, assim como abordada a necessidade ou não de continuidade do apoio em Psicomotricidade.

4.1. Observação/Avaliação Psicomotora

O processo de avaliação na terapia psicomotora do CDCTS, como já referido, dura de uma a três sessões. Nesse momento é recolhida a informação acerca da criança, dos seus gostos, interesses e particularidades, esclarece-se pormenorizadamente o historial de desenvolvimento e clínico da criança com os pais e tenta-se perceber um pouco mais da dinâmica familiar. A criança normalmente entra com os pais, e, de acordo com a idade, é convidada a participar na conversa ou a realizar uma atividade com a técnica (um puzzle, um desenho, e.g.).

Posteriormente, é aplicado o Teste de Proficiência Motor de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2).

Contudo, no âmbito dos estudos de caso que serão apresentados mais à frente, foram também aplicadas, a Schedule of Growing Skills II (SGII), pois a criança em causa não se encontrava na faixa etária do TPMBO-2, a Grelha de observação do comportamento da criança, para avaliar de forma mais detalhada aspetos relacionados com o comportamento e igualmente a Grelha de Observação das relações entre pares, que foi aplicada ao grupo. Mais à frente, todos estes instrumentos serão pormenorizadamente descritos.

Relativamente ao TPMBO-2, sempre que possível é aplicada a sua versão completa. No entanto, nos casos em que tal não se justifica, devido à reduzida idade da criança ou dificuldades apresentadas, opta-se por aplicar a sua versão reduzida. As informações recolhidas são depois, quando possível, complementadas com momentos livres, na sala de psicomotricidade, com o objetivo de poder observar a criança em contexto natural.

No entanto, é importante salientar, que nem sempre é possível aplicar ou realizar uma avaliação mais formal, perante as especificidades próprias, atitude e/ou idade das crianças. As crianças que chegam à Psicomotricidade mostram-se, muitas vezes,

indisponíveis em colaborar num primeiro momento, apresentando comportamentos de recusa e fuga da atividade, pelo que é necessário promover previamente uma relação com base na confiança e um espaço de segurança e bem-estar. Algumas crianças têm a necessidade de maiores graus de contenção motora, organização do pensamento e gestão do comportamento, de forma a possibilitar avaliar, mais tarde, as suas competências e dificuldades concretas e intervir com objetivos mais específicos. Desta forma, é importante termos consciência de que, mais do que números e dados concretos, que um instrumento nos possa oferecer, é necessário conhecer qualitativamente cada criança, atentando sobre estas particularidades.

No decorrer deste estágio, foram realizadas 68 avaliações, como é possível consultar na figura 4. De entre as mesmas, 18 iniciaram intervenção individual e 50 tiveram alta.

De seguida, procede-se a uma breve descrição de cada um dos quatro instrumentos acima mencionados.

4.1.1. Instrumentos de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor

Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II

O TPMBO-2, criado por Bruininks e Bruininks (2005), é um instrumento de avaliação, de referência à norma, aplicado individualmente (permite feedback verbal e visual) a sujeitos com idades compreendidas entre os 4 e 21 anos. Com a sua aplicação, pretende-se avaliar a proficiência motora, permitindo identificar défices nas habilidades motoras. Permite o despiste de eventuais dificuldades ou défices na coordenação motora e auxilia no desenvolvimento de programas de intervenção no âmbito motor (Bruininks e Bruininks, 2005).

Avalia quatro grandes áreas motoras: (1) o controlo manual fino, no qual são avaliadas as habilidades envolvidas na escrita e desenho, requerendo um grau de precisão relativamente elevado; (2) a coordenação manual, que avalia as habilidades motoras envolvidas no alcançar, agarrar e manipulação de objetos, com ênfase na velocidade, destreza e coordenação dos braços e mãos; (3) o controlo do corpo, que implica tarefas que avaliam habilidades envolvidas no equilíbrio e na coordenação das extremidades superiores e inferiores; e (4) força e agilidade, na qual é analisada a força dos grandes músculos, a velocidade motora e as habilidades motoras envolvidas na manutenção de uma boa posição enquanto anda e corre (Bruininks e Bruininks, 2005).

O TPMBO-2 é constituído por duas versões, a reduzida e a completa. A primeira é composta por 14 itens, que avaliam a precisão motora fina (sub-teste 1), integração motora fina (sub-teste 2), destreza manual (sub-teste 3), coordenação bilateral (sub-teste 4), equilíbrio (sub-teste 5), velocidade e agilidade (sub-teste 6), coordenação dos membros superiores (sub-teste 7) e força (sub-teste 8). A versão completa é formada por 53 itens, que avaliam toda a proficiência motora dentro das áreas referidas anteriormente, o que nos permite obter uma avaliação global das áreas fortes e fracas do sujeito (Bruininks e Bruininks, 2005).

A cotação quantifica as competências motoras com base nos resultados de atividades com objetivos diretos e o resultado pode ser o número de vezes, número de objetos ou período de tempo, conforme a atividade. Ainda, o resultado providencia um valor único de toda a proficiência motora, que é comparado com a norma, por géneros e idades. Assim, a análise dos resultados permite obter quocientes e informações do desenvolvimento em cada área motora e respetivos subtestes, bem como obter um quociente geral (da proficiência motora), fornecendo informações úteis para o desenvolvimento e avaliação de programas de treino motor (Bruininks e Bruininks, 2005).

Schedule of Growing skills II - SGS II

A SGII, criada por Bellman, Lingam e Aukett (1996), é uma escala de referência à norma que avalia as competências de desenvolvimento em crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, com base nas sequências de desenvolvimento definidas por Mary Sheridan (Williams et al., 2013). Este instrumento tem como objetivo o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento, uma vez que, fornece informação sobre os domínios do desenvolvimento em que a criança parece revelar dificuldades, averiguando se está a seguir o padrão normal ou se necessita de ser referenciada para uma avaliação mais detalhada. Deste modo, apresenta uma grande precisão e confiabilidade (Bellman, Lingam e Aukett, 1996) possibilitando a identificação tanto das áreas fortes, como das áreas do desenvolvimento em que a criança revela um desempenho mais baixo (Tan e Famm, 2008), contudo, o instrumento não permite o estabelecimento de um diagnóstico clínico (Bellman, Lingam e Aukett, 1996).

Relativamente à sua composição, a SGII é constituída por 179 itens que se encontram distribuídos por nove domínios que avaliam o desenvolvimento, nomeadamente, as capacidades posturais passivas e ativas, as locomotoras, as visuais, as de audição e fala, as de fala e linguagem, as de interação social e as de autonomia. Porém, este instrumento avalia, ainda, a cognição com base em alguns itens distribuídos pelas subescalas anteriormente mencionadas (Bellman, Lingam e Aukett, 1996). Com a duração de aplicação de aproximadamente 20 a 30 minutos, é considerado uma escala de rápida e fácil aplicação. A rapidez na administração deve-se ao facto de não ser necessário aplicar todos os itens de uma subescala, devendo aplicar-se apenas dois a três itens, antes do esperado para a idade cronológica da criança a avaliar (Bellman, Lingam, e Aukett, 1996).

No que diz respeito à cotação, esta tem um carácter dicotómico, i.e., realiza/não realiza, sendo a pontuação de cada subescala obtida pelo somatório dos itens cotados positivamente. No entanto, caso se verifiquem itens não cotados seguidos de itens consecutivos cotados positivamente, o somatório é feito incluindo os itens não cotados. Além disto, quando a criança é capaz de concretizar um item, mas o seu desempenho ainda não se encontra consolidado, este instrumento confere a possibilidade de cotar positivamente um item com a letra Q (Bellman, Lingam e Aukett, 1996).

Posteriormente, o score obtido é comparado com os valores padronizados em tabela para uma dada idade cronológica a fim de averiguar se o perfil de desenvolvimento da criança se encontra dentro do esperado para a sua idade. Assim, se o seu desempenho é correspondente à sua idade cronológica, a criança apresenta um desenvolvimento dito normal, caso o seu desempenho não seja equivalente à sua idade cronológica, então apresenta um atraso no desenvolvimento para um determinado domínio, se a sua prestação se enquadrar dois ou mais níveis etários abaixo da sua idade cronológica (Williams et al., 2013).

Portage – Guia de Pais para a Educação Precoce

O Programa Portage – Guia de Pais para a Educação Precoce, criado por Bluma, Shearer, Frohman, Hilliard, White e East, destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos de idade. (Bluma, Shearer, Frohman, Hilliard, White e East, 1994)

É um programa de educação precoce domiciliar, que pode igualmente ser realizado noutros contextos (creches, jardim de infância, hospitais, etc.), dirigido para pais e

crianças com Necessidades Educativas Especiais. É um instrumento educativo eficaz e de grande utilidade quer para os pais, quer para os técnicos. Estes últimos, encontram nele um importante recurso para o planeamento das diversas atividades. Por sua vez, os pais poderão perspetivar de forma positiva e encorajadora o desenvolvimento das potencialidades dos seus filhos, assim como encontrar uma ajuda para a estimulação destes (Bluma et al. 1994).

Nesta perspetiva, tem como objetivo: levar os serviços ao encontro das crianças, dotando os pais de competências que lhes permitam ajudar os filhos no desenvolvimento máximo das suas capacidades e desenvolver um vínculo entre as prioridades dos pais e as necessidades da criança, de modo a apoiar a família na identificação dos problemas e na busca das melhores soluções (Bluma et al. 1994).

Ainda segundo os mesmos autores, o Portage contém duas componentes distintas, as fichas de atividades e a lista de registo de comportamentos. A lista de registo de comportamentos, permite avaliar o nível de desenvolvimento da criança, através de uma lista de 619 comportamentos organizados segundo seis áreas de desenvolvimento: Estimulação do Bebê, Socialização, Linguagem, Autonomia, Cognição e Desenvolvimento Motor. Sendo que, cada área está sequencializada por idades ou níveis de desenvolvimento. Consequentemente, a cada comportamento corresponde uma ficha de atividades que contem pelo menos três sugestões detalhadas de atividades que ajudarão no ensino dos comportamentos correspondentes.

De notar que as sugestões das respetivas fichas de atividade deverão ser devidamente adaptadas e modificadas tendo em conta atividades e materiais que reforcem a criança e que para ensinar qualquer comportamento não é necessário utilizar todas as sugestões das fichas de atividades. Contudo, é importante não esquecer que cada comportamento da lista necessita de ser praticado de diferentes modos antes que se possa afirmar que a criança domina esse comportamento (Bluma et al. 1994).

Grelha de Observação do Comportamento da Criança

A Grelha de Observação do Comportamento da Criança é um instrumento de avaliação informal criado pelas estagiárias e adaptado de outros instrumentos, nomeadamente do *Development Observation Checklist Sistem* (Hresko, Miguel, Sherbenou e Burton, 1994), com tradução e adaptação para a língua portuguesa por Ana Flores, Isabel Querido e Teresa Brandão, 1996, do *PORTAGE* (Bluma, Shearer, Frohman e Hilliard,

1988), do *Transdisciplinary Plat-Based Assessment* (Linder, 1993) e do *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997),

A criação deste instrumento teve como objetivo permitir uma observação mais estruturada da criança em contexto de jogo, de modo a ter uma perceção mais natural das suas competências nos vários domínios do desenvolvimento e assim, reunir o máximo de informação possível acerca da criança, completando-se então os dados obtidos com os restantes instrumentos de avaliação aplicados.

A grelha inicialmente apresenta um espaço de caracterização da criança no dia da observação. Posteriormente, encontra-se dividida nos domínios de desenvolvimento e em categorias específicas dentro dos domínios. Primeiramente constam itens relacionados com as competências sociais, com itens específicos das interações desta com o facilitador, do jogo e das características deste na relação para o desenvolvimento emocional da criança. De seguida, encontra-se o domínio da linguagem, do qual constam itens referentes à linguagem expressiva e compreensiva, bem como itens relacionados com as modalidades de comunicação. Depois, encontra-se o domínio da autonomia, com itens relacionados com a higiene e vestuário. No domínio da cognição, são encontrados itens dirigidos às noções espaciais e temporais da criança, associações, imitação, conceitos de quantidade, desenho da figura humana e características dos objetos.

Ainda, neste domínio é também feita referência a itens direccionados à manutenção da atenção da criança nas atividades, ao seu locus de controlo e à memória. Por fim, no domínio motor, são encontrados itens de motricidade global e fina, separadamente, bem como itens específicos acerca do nível de atividade da criança e da sua capacidade de adaptabilidade e motivação.

A Grelha de Observação do Comportamento da Criança, deve ser aplicada pelo técnico de psicomotricidade, sendo que este deve posteriormente fazer uma análise qualitativa das respostas obtidas.

As respostas são diversificadas, podendo ser de escolha múltipla, onde para uma determinada situação são dadas diversas opções de comportamento podendo-se seleccionar as que se apliquem à criança em questão, de resposta livre, onde são levantadas questões que o técnico deverá observar durante a sessão descrevendo os comportamentos da criança, ou de opção “sim”, “às vezes” ou “não”, que se referem à

aquisição ou não de determinadas competências nos diversos domínios avaliados e anteriormente referidos.

Grelha de Observação das Relações entre Pares

A Grelha de Observação das Relações entre os Pares consiste num instrumento criado e adaptado, pelas estagiárias, de dois instrumentos, nomeadamente do *Assessment of Peer Relation* (Michael J. Guralnick, Ph.D.) e *Trandisciplinary Play-Based Assessment, Social-emocional observation worksheet* (Toni W. Linder).

A necessidade de elaboração desta grelha surgiu da carência de uma ferramenta de avaliação que nos permitisse uma melhor análise dos comportamentos das crianças, em grupo, de modo, a que posteriormente fossemos capazes de estabelecer objetivos e guiar a intervenção.

Esta grelha é composta por itens relacionados com o envolvimento onde a criança brinca, com propósito de iniciação e sucesso na iniciação, regulação emocional, partilha de entendimentos, complexidades e diversidade no jogo do faz de conta, eventos diários, nível de atividade, adaptabilidade, motivação, interações sociais com o facilitador e interação social com os pares.

A grelha dispõe de perguntas de resposta aberta, onde são levantadas questões que o técnico deverá observar durante a sessão descrevendo os comportamentos da criança e fechada, sendo estas últimas, de escolha múltipla, onde para uma determinada situação são dadas diversas opções de comportamentos podendo-se seleccionar as que se apliquem à criança em questão.

A Grelha de Observação das Relações entre os Pares, deve ser aplicada pelo técnico de psicomotricidade, sendo que este deve posteriormente fazer uma análise qualitativa das respostas obtidas.

4.2. Intervenção Psicomotora

4.2.1. Intervenção Individual

Durante as atividades de estágio, tal como mencionado anteriormente, foi possível contactar de forma individual com 26 crianças com diferentes problemáticas e idades. Sendo que, 9 das crianças passaram para intervenção em grupo e 4 delas por motivos diversos foram tendo alta. Desta forma, foram acompanhadas individualmente de modo

contínuo 13 crianças. Uma vez que, não é possível apresentar todos os casos de forma detalhada, procedeu-se à seleção de dois estudos de caso individuais que serão aprofundados, no próximo capítulo. Neste sentido, e uma vez que ainda restavam imensas crianças, decidiu-se apresentar cinco casos exemplificativos, que serão apenas descritos de forma sucinta.

Quatro dos casos aqui apresentados referem-se a crianças do género masculino e um a uma criança do género feminino, com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos. As intervenções tiveram frequência semanal e uma duração de 45 minutos.

L.A.: criança do género masculino com 7 anos, com diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento e Défice Visual. Foi institucionalizado aos 24 meses e adotado em 2014. Vive atualmente com a mãe e o pai adotivos e com uma irmã mais velha, filha biológica do casal. Apresenta dificuldades globais em diversos domínios, sendo uma criança que precisa de vivenciar novas experiências, diminuir os seus receios e aumentar a autoconfiança e segurança. Revela ainda algumas particularidades na coordenação e motricidade fina, nem sempre adere às tarefas, dificuldades na orientação temporal, concentração e atenção, na regulação das emoções, na abstração, organização e planeamento da ação, flexibilidade cognitiva e resolução de problemas e na estruturação espacial. Demonstra alguma fixação no jogo simbólico e infantilidade para a idade.

T.P.: criança do género masculino com 6 anos de idade, diagnosticado com Atraso Global do Desenvolvimento. Situação de organização familiar peculiar, durante a semana fica com a avó paterna e aos fins-de-semana com os pais. Tem um irmão com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, de 11 anos, fruto de uma relação anterior da mãe. Tem pouco contacto com este irmão que aos fins-de-semana vai para o pai. Tem acompanhamento da Intervenção Precoce de Almada, e fez adiamento da entrada na escola primária. Falta várias vezes à pré-primária, ficando em casa aos cuidados da avó, que o infantiliza bastante. É difícil de fazer entender aos pais a importância de ir à escola para o desenvolvimento da linguagem e da sociabilidade. Pratica karaté. É uma criança que revela uma timidez inicial, com um olhar fugaz, tem dificuldades na articulação e expressão de ideias, na atenção, na coordenação motora, na linguagem e em manter-se na tarefa, dispersa-se facilmente. Apresenta medos, alguma imaturidade e pouca estruturação de ideias. No entanto, tem uma boa memória.

H.B.: criança do género masculino com 4 anos e diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Mãe muito nova, que estuda e trabalha e pai que trabalha no estrangeiro, por isso, vive com a avó paterna. Esta avó não aceita bem as dificuldades do menino, tentando arranjar justificação para tudo. No entanto, mostra não saber lidar com ele, pedindo constantemente opiniões e conselhos. Frequenta o jardim-de-infância e tem acompanhamento da Intervenção Precoce. Revela dificuldades em relacionar-se, dificuldades na linguagem, é muito difícil de perceber o que diz, discurso repetitivo, tem atenção flutuante, saltita de atividade em atividade, faz grandes birras quando contrariado, evidencia oposição desafio, apresenta uma fixação por carros e gosta de rotinas. É uma criança exploradora, curiosa, sem medos e com disponibilidade motora.

D.A.: criança do género masculino com 6 anos, com suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo e com diagnóstico de Perturbação de Oposição e Desafio. Filho único de uma família monoparental. Os pais separaram-se cedo, aquando da separação mostra mais medos, volta a pedir para dormir com urso de peluche, passa a chuchar mais no dedo, deixa de controlar os esfíncteres e tem muitos pesadelos. Frequenta o jardim-de-infância com acompanhamento da Intervenção Precoce. Apresenta dificuldades no relacionamento social, tem dificuldade em se relacionar com os pares, é muito dependente da mãe, tem ansiedade de separação, comportamento imaturo, desajustado e fantasioso. É trapalhão na linguagem, ainda fala à bebé (e.g.: mánica em vez de máquina, não articula os R's mas consegue corrigir), inventa palavras e fala sozinho. É provocador, testando os limites do adulto constantemente. Tem dificuldades na motricidade fina e na atenção. Revela muitos medos e ansiedade perante situações novas ou desconhecidas, recusando tarefas que pensa não ser capaz de realizar.

B.S.: criança do género feminino com 11 anos de idade e diagnóstico de Perturbação da Ansiedade/Inibição e Atraso Global do Desenvolvimento. Vive com a mãe e os avós maternos. Frequenta o 4º ano de escolaridade tem apoio educativo individual, terapia da fala e é acompanhada pela psicóloga da escola uma vez por semana. Apresenta dificuldades na socialização, uma baixa tolerância à frustração, dificuldades na linguagem, fala muito baixinho quase inaudível, é muito inibida. Revela sinais de ansiedade, dificuldades na motricidade global, na coordenação motora e na exploração do espaço.

4.2.2. Intervenção em Grupo

À semelhança das sessões individuais, as de grupo também ocorreram com uma frequência semanal, mas com a duração de uma hora. Relativamente à intervenção em grupo, existiram 3 grupos, num total de onze crianças. Dado um dos grupos ser um dos estudos de caso, e o qual será mais à frente caracterizado de forma aprofundada, nesta secção serão apenas descritos, sumariamente, os restantes dois grupos.

Na avaliação das crianças decidiu-se atribuir maior importância a aspetos diretamente relacionados com o comportamento e com as competências sociais visto serem estas as principais necessidades das crianças analisadas. Estes aspetos comportamentais e sociais foram também os critérios que determinaram a inserção das crianças nos grupos.

Grupo I

S.C.: tem 13 anos, é do género masculino e frequenta o 7º ano. Tem diagnóstico de Défice de Atenção e Descoordenação Motora. É uma criança pouco autónoma e desmotivada, apresentado dificuldades de socialização, inseguranças e baixa autoestima. Tende a evitar situações que julga não saber resolver.

M.O.: tem 12 anos, é uma criança do género masculino que frequenta o 6º ano de escolaridade. Tem diagnóstico de Dislexia, Disortografia e Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção. Revela dificuldades na procrastinação, na compreensão da leitura e na memória a curto prazo. Apresenta também problemas de concentração na sala de aula e dificuldades na coordenação motora. Contudo, revela uma aptidão para o desenho e uma criatividade acima da média.

F.D.: tem 14 anos, é uma criança do género masculino que frequenta o 7º ano de escolaridade. Tem diagnóstico de Disgrafia e dificuldades na relação. Apresenta défice cognitivo com dificuldades na linguagem, muitas vezes parece não compreender as instruções que lhe são dadas. Revela uma marcha desequilibrada, dificuldades de atenção, e na socialização, estando muitas vezes sozinho.

D.S.: tem 14 anos, é uma criança do género masculino que frequenta o 6º ano de escolaridade, com diagnóstico de Perturbação de Oposição-desafio e problemas de comportamento. Dificuldades na socialização e em lidar com os sentimentos dos outros, não consegue colocar-se no lugar do outro. Apresenta constantemente uma atitude

provocadora com outras crianças, mas em tom de brincadeira. Porém, tem iniciativa e partilha ideias de atividades.

Grupo II

G.C.: tem 7 anos, é uma criança do género masculino, com diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento e Problemas do Comportamento. É uma criança um pouco tímida no primeiro contacto, tem dificuldades na expressão verbal, apresenta um discurso pouco organizado, tendo dificuldade em manter a linha de tempo ou ligação da história. Demonstra dificuldades na resolução de problemas e em impor o seu espaço ou vontade perante o outro. No entanto, é interessado nas aprendizagens escolares e empenhado nas tarefas propostas.

R.B.: tem 9 anos, é uma criança do género masculino, com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, Perturbação de Oposição-desafio e Dislexia. Muito fantasioso, tem muitas ideias, mas pouco organizadas. É bastante comunicativo, muito dado e afetuoso com o adulto, mas um pouco descontextualizado. É muito intromissivo, gosta de mandar nos outros e de liderar. Não lida bem com os próprios erros, tende a culpabilizar os outros pelos seus actos. Faz birras quando as coisas não são como ele quer e amua. Tem dificuldade em lidar com regras e limites, na escola há queixas de que é agressivo com os colegas, gosta que tudo seja à sua maneira.

D.C.: tem 7 anos, é uma criança do género masculino, com diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento, Perturbação da Vinculação e Perturbação de Oposição-desafio. Apresenta grandes dificuldades de socialização, não consegue distinguir emoções nos outros, tem dificuldade em relacionar-se, de perceber ou criar empatia com o outro. No entanto, procura constantemente a relação com os pares, só que de forma desajustada, tem comportamentos inapropriados, não sabendo estabelecer proximidade (e.g.: coloca o dedo e dá beijos nos ouvidos dos colegas, gosta de rebentar pacotes de leite junto aos colegas, intitulando-se de rebenta pacotes, imita em demasia os comportamentos, ideias ou frases dos outros...). Revela baixa autoestima, acha que ninguém gosta dele e procura constantemente a aprovação por parte dos pares e adultos. É uma criança que tem fraca tolerância à frustração, que faz grandes birras quando contrariado, que não consegue esperar pela sua vez e que se torna provocador quando as coisas não são como quer.

Capítulo III – Estudos de caso

Neste capítulo são descritos e analisados três estudos de caso, dois de intervenção individual e outro de intervenção em grupo, com quatro crianças. Inicialmente são apresentados os dados clínicos das crianças e as características do grupo, seguindo-se os resultados da avaliação inicial, o plano de intervenção e a sua implementação, bem como os resultados da avaliação final e principais conclusões obtidas.

1. Estudo de Caso I – D.M (Individual)

1.1. Caracterização da Criança

O D.M. é uma criança do género masculino que nasceu no dia 7 de março de 2013. Atualmente tem 3 anos de idade. A gravidez foi de risco, vigiada no Centro de Saúde de referência e no HGO. Sendo-lhe detetada uma restrição do crescimento intrauterino às 21 semanas. Nasceu às 38 semanas, no HGO, tendo sido necessário, durante o parto, recorrer a ventosas. Apresentava um peso ao nascer de 1.970 kg, 41,5 cm de comprimento, um perímetro cefálico de 33 cm e um *Apgar* 9/10.

Relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor, agarrou objetos na mão aos 6 meses, adquiriu a posição de sentado aos 9 meses e rebolou aos 15 meses; disse a primeira palavra aos 9 meses, só diz mamã e papá, não fala, está sempre numa lenga-lenga imperceptível. Marcha agarrado desde os 18 meses e ainda não faz o controlo dos esfíncteres. Não gatinhou e não é capaz de se meter de pé sozinho. Não identifica pessoas ou objetos a pedido. Não tem jogo simbólico. Não sabe trepar para cima do sofá. Tem algumas estereotipias com as mãos (*flapping*). Não gosta que lhe toquem nas mãos nem nos pés, revelando uma hipersensibilidade tátil em relação a alguns materiais. Relativamente à alimentação, apesar de comer pouco, não revela problemas. No entanto, ainda não leva os alimentos à boca, assim como não leva objetos.

No que diz respeito ao seu contexto familiar, o D.M. tem dois irmãos. Um irmão de 14 anos do primeiro casamento da mãe, que frequenta atualmente o 5º ano de escolaridade, já tendo reprovado três vezes. A mãe diz que não tem dificuldades de aprendizagem, mas terá PHDA. Este irmão também teve um ligeiro atraso motor, adquirindo a marcha autónoma aos 18 meses. Tem também uma irmã de 20 anos, só da parte do pai, sem problemas de desenvolvimento e com um curso profissional de equivalência ao 12º ano. A mãe de 31 anos, tem o 12º ano e está desempregada. O pai de 49 anos, tem o 9º ano

de escolaridade e trabalha na área de *catering*. O D.M. vive com a mãe, o pai e o irmão, com quem partilha o quarto.

Quanto ao contexto educativo, atualmente, frequenta a creche de um Centro Comunitário, na qual entrou aos 2 anos de idade. Até então ficava com a mãe e a avó em casa. Inicialmente não ia todos os dias à creche, mas nos últimos meses começou a ir mais frequentemente. Ainda faz a sesta e por norma a mãe vai buscá-lo a essa hora. Contudo, em alguns dias faz a sesta na creche e a mãe vai buscá-lo um pouco mais tarde, às 16h. Tem apoio da IP de Almada desde dezembro de 2014, sendo acompanhado por uma técnica de Terapia Ocupacional uma vez por semana.

Foi referenciado para a consulta de Desenvolvimento no CDCTS, em novembro de 2014, por atraso do desenvolvimento, pois aos 20 meses não tinha adquirido a marcha, andava sempre nas pontas dos pés, deitava fora os objetos, não bebia pelo copo, não levava a colher à boca e não mostrava partes do corpo. Sendo então, diagnosticado com Atraso Global do Desenvolvimento, de evolução e etiologia a esclarecer, visto que inicialmente não foi feita investigação, devido à pouca sensibilidade dos pais. Contudo, entretanto, os pais já concordaram com a investigação, estando esta em curso. Primeiramente, foi referenciado para a IP e para a TO no CDCTS, para treino de marcha. Na TO, fez evoluções, tendo adquirido a marcha autónoma aos 2 anos e 5 meses, mas manteve as dificuldades em assumir a posição bípede e em andar solto. Após ter alta da TO no CDCTS, é então, posteriormente encaminhado para a Psicomotricidade, com o objetivo de se dar seguimento ao trabalho realizado. Foi também a uma consulta de Psicologia, onde não foi possível avaliá-lo formalmente.

1.2. Avaliação Inicial

1.2.1. Observação informal

a) Observação inicial da criança

Em dezembro quando o D.M. foi encaminhado para a Psicomotricidade e tendo em conta as informações prévias acerca das suas características, optou-se por marcar uma primeira sessão com os pais e o D.M. para recolha de informação, para ver como este reagia num primeiro contacto e verificar a pertinência de intervenção no seu caso. Assim, esta primeira sessão decorreu na sala de tecnologias do CDCTS com o D.M., a mãe e a avó.

Para além das informações que a mãe e a avó nos deram, foi possível observar o D.M. Deste modo, pode-se ver uma criança que inicialmente veio a chorar e muito contrariada, sempre agarrada à mãe e muito resistente à separação desta ou ao contacto com outra pessoa. Quando a Dr. Joana se dirige a ele desvia o olhar e começa a chorar, agarrando-se à mãe.

Enquanto a terapeuta vai falando com a mãe, num colchão, no chão, a terapeuta estagiária vai tentando chamar a atenção do D.M. que não se mostra muito interessado. No entanto, algum tempo depois, já mantém o olhar na estagiária e retribui o sorriso. Com a ajuda da avó vem até ao colchão, mas não se aproxima muito da estagiária, nem demonstra interesse em brincar com os brinquedos. Contudo, quando a estagiária lhe manda a bola pelo chão, ele mostra gostar e lança a bola de volta, primeiro para a avó e depois lentamente começa a interagir com a estagiária.

“Rabejando” (*shuffling*), o D.M. começa a andar pela sala, explorando o espaço e mostrando curiosidade com alguns elementos presentes. De notar que, a sua exploração é feita somente “rabejando” pelo espaço e que quando o colocam em pé solicita de imediato ajuda para se sentar novamente. Quando falamos para o D.M ele parece responder, sempre através de sons repetitivos do género “ah, ah, ah”. No fim, mostra estar a gostar de estar ali e vai embora bem-disposto.

b) Preocupações demonstradas pela família

Durante a sessão, a mãe e a avó vão falando do D.M., das suas rotinas e do que as preocupa. Se bem que, tanto a mãe como a avó não demonstram grandes preocupações com as dificuldades do D.M., falando delas de forma natural como características do menino.

Algumas coisas que referem com maior ênfase são: que o D.M. reage muito mal a estranhos, tanto pessoas como lugares, que não fica sozinho com alguém novo sem a presença da mãe, avó ou pai (chora muito e não o conseguem acalmar), que não tinha uma boa relação com a Terapeuta Ocupacional que o acompanhou no hospital (chorava muito durante as sessões), que começou há pouco tempo a mostrar interesse em explorar os espaços (por volta dos 33 meses), que nem sempre vai à escola, pois às vezes fica com a avó, mas na escola também fica bem, que ainda faz a sesta à tarde, que gosta muito de música e que até sabe cantarolar algumas músicas (os “parabéns” e o “atirei o pau ao gato”).

Posto isto, verificou-se que o D.M. beneficiaria de intervenção psicomotora, pelo que voltaria em janeiro, de modo a ser possível observá-lo na sala de psicomotricidade para retirar mais dados e para se dar então início à intervenção.

Com base nos primeiros contactos com a criança e a família, chegou-se à conclusão que o D.M. não reunia ainda condições para uma avaliação formal. Pelo que se iniciou a intervenção tendo em conta os dados recolhidos em conversa com os familiares e pela observação do comportamento do D.M.

No entanto, como de imediato ficou definido que o D.M. seria um dos estudos de caso da estagiária, considerou-se pertinente aplicar a SG II e o Portage, por se adequarem melhor às características do D.M..

De referir ainda, que devido às características do D.M., que inicialmente revelou grandes dificuldades na componente de socialização e interação com a terapeuta, optou-se por aplicar o Portage cerca de um mês após o início da intervenção e igualmente devido ao pequeno intervalo de tempo entre a avaliação inicial e final, usar-se os resultados da Schedule of Growing skills II que foi aplicada aos 23 meses de idade, em consulta, pela médica de desenvolvimento.

De seguida, serão então expostos os resultados obtidos na aplicação destes instrumentos.

Resultados obtidos com o Portage

Tabela 3 - Avaliação Inicial com o Portage

Domínios do desenvolvimento	Faixa etária dos 0-1 ano	Faixa etária dos 1-2 anos	Faixa etária dos 2-3 anos	Total
Socialização	18 de 28	1 de 14	0 de 7	19 de 51
Autonomia	5 de 28	7 de 11	0 de 26	12 de 50
Cognição	2 de 14	0 de 9	0 de 15	2 de 38
Desenvolvimento motor	32 de 45	7 de 17	8 de 15	47 de 77
Linguagem	39 de 47	19 de 46	0 de 49	58 de 142
<u>Legenda:</u> número de comportamentos (adquiridos ou emergentes) no total de comportamentos avaliados dentro da faixa etária correspondente				

Domínio da Socialização

O D.M. por vezes já cumprimenta outras crianças ou adultos, no entanto, ainda não obedece aos pais em pelo menos 50% das vezes, ainda não é capaz de trazer ou levar objetos ou ir chamar alguém quando lhe é pedido, ainda não se senta perto do adulto para que este lhe leia um livro, ainda não procura ajudar os pais em tarefas domésticas e ainda não expressa ou mostra compreender diferentes sentimentos. Assim, no que concerne à socialização o D.M. não adquiriu ainda nenhum dos comportamentos esperados para a sua idade.

Quanto aos comportamentos adquiridos neste domínio, é de salientar que já faz a maior parte das tarefas esperadas para a idade de 1 ano, contudo não realiza atividades como, estender os braços para pessoas desconhecidas, imitar o adulto ou outras crianças, abraçar, dar festinhas ou beijos a outras pessoas e também não responde quando o chamam pelo nome.

Domínio da Autonomia

No que diz respeito à autonomia, o D.M. também ainda não realiza nenhuma das atividades enquadradas na faixa etária dos 2 aos 3 anos, e.g. ainda não leva alimentos à boca, ainda usa fralda e não distingue o vestuário. No entanto, já adquiriu parte das tarefas esperadas para a faixa etária 1-2 anos, como ser capaz de estar sentado no bacio durante um período de tempo, tirar as meias e o chapéu. Já o despir o casaco ou as calças desabotoadas, ainda são tarefas que não realiza.

Domínio da Cognição

O domínio da cognição é provavelmente aquele onde o D.M. consegue realizar menos tarefas. Ainda não realiza nenhuma das esperadas para a sua idade e apenas faz algumas esperadas até ao primeiro ano de vida. Assim, dos itens avaliados na cognição o D.M. apenas sacode um brinquedo que produza som e coloca e retira objetos dentro de um recipiente.

Domínio do Desenvolvimento Motor

Ao nível do desenvolvimento motor, o D.M. já adquiriu alguns comportamentos esperados para a sua idade. Já dá a volta aos puxadores/maçanetas das portas, já desce escadas com ajuda, pontapeia uma bola e já começou a dar cambalhotas para a frente com ajuda. Quanto a comportamentos importantes que ainda não adquiriu, podemos

nomear, o pontapear uma bola grande e imóvel e o inclinar o tronco para apanhar objetos, sem cair.

Quanto às tarefas até ao primeiro ano de idade o D.M. já é capaz de realizar quase todas, só não saltita para baixo e para cima quando amparado, não se põe de joelhos e não se baixa sozinho da posição de pé para a posição sentada. Relativamente às atividades da faixa etária 1-2 anos, já faz rolar uma bola, empurra e puxa brinquedos enquanto anda, utiliza um cavalo ou cadeira de baloiço e sobe escadas com ajuda. Todas as outras tarefas ainda não foram adquiridas, e.g. pôr-se de pé quando está sentado, subir uma cadeira de adulto, voltar-se e sentar-se, construir uma torre com 3 cubos, fazer rabiscos com lápis de cera e sentar-se sozinho numa cadeira pequena.

Domínio da Linguagem

Dos comportamentos esperados para o primeiro ano de vida o D.M. ainda não adquiriu totalmente o sorriso como resposta à atenção do adulto, o virar a cabeça em direção ao som e a repetição da mesma sílaba 2 ou 3 vezes. Estes comportamentos apesar de já se terem iniciado ainda não foram adquiridos totalmente. Ainda dentro desta faixa etária existem algumas aquisições que ainda não foram feitas, como o dizer adeus acenando com a mão, não responde a gestos com outros gestos, não abraça, não faz festinhas ou dá beijos, não executa uma ordem simples quando acompanhada por gestos, não olha para um objeto familiar quando nomeado e não aponta para uma parte do corpo.

No que respeita à faixa etária 1-2 anos, o D.M. apresenta mais comportamentos não adquiridos do que os adquiridos. Deste modo, já reage a rimas e lenga-lengas, palra como se estivesse a conversar, vocaliza (sons) enquanto brinca como resposta ao discurso do adulto e repete ações que provocam riso ou chamam a atenção. Quanto aos comportamentos não adquiridos relevantes, ainda não imita o som de um animal, não toca ou olha para objetos nomeados, não diz 5 palavras diferentes, não dá ou mostra um objeto quando pedido, não movimentar apropriadamente o corpo quando se diz “para cima” ou “para baixo”, não brinca com outra criança ainda que em atividades diferentes, não abraça ou pega um brinquedo macio e não dá um livro ao adulto para que lho leia.

Para a sua idade cronológica, dos 2 aos 3 anos, o D.M. ainda não adquiriu nenhum dos comportamentos esperados. Ainda não é capaz de trazer ou levar um objeto ou chamar uma pessoa quando lhe é pedido, ainda não se senta perto do adulto para partilhar um livro, ainda não atua em resposta a palavras de ação, não faz uma escolha quando se lhe

pede, não responde apropriadamente ao uso de adjetivos comuns e não coloca objetos “dentro de”, “debaixo de”, “em cima de”, quando lhe pedem.

De notar que no domínio da linguagem, alguns comportamentos avaliados estão também ligados à socialização e à cognição.

Resultados obtidos com a Schedule of Growing Skills II

Como referido anteriormente, a avaliação inicial com a SGSII não foi realizada pela estagiária, mas sim pela sua Pediatra do Desenvolvimento em fevereiro de 2015, ou seja, aos 23 meses. Desta avaliação advieram os seguintes resultados.

Áreas (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28	20	21	22	24	23	34
			19	27		20	21		22	33
			18	26		19	20		21	32
48 meses			17	25	19	18	19	23	20	31
				24					19	30
									18	29
36 meses			16	23	18	17	18	22	17	27
			15	22	17	16	17	21	16	26
				21				20		25
										24
30 meses			14	20	16	15	16	19	15	23
			13	19		14	15	18	14	22
				18						21
										20
24 meses			12	17	15	13	14	17	13	18
			11	16			13	16	12	17
			10	15	14	12	12	16	11	17
										16
18 meses			9	14		11	11	15	10	15
			8	13	13				9	14
			7	12		10		14	8	13
										12
15 meses			6	11	12	9	10	13	7	11
			5				9	12		10
				10			8	11	6	9
12 meses		12	4	9	11	8	7	10	5	8
			3	8	10	7	6	9	4	7
10 meses		11	2	7	9	6	5	8	3	6
		10	1					7		5
										4

Figura 7 - Avaliação Inicial do Perfil de Desenvolvimento com a SGII

Competências Locomotoras

- Movimento e Equilíbrio

Nesta subescala o D.M. obteve uma pontuação de 4. Isto significa que é capaz de andar seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés e que já anda agarrado à mobília. No entanto, apesar da pontuação, o D.M. ainda não fez duas aquisições que seriam de esperar, não rebola, nem se vira para se deslocar e não gatinha.

Relativamente à subescala, subir e descer escadas, o D.M. não cota em nenhum item. Assim sendo, nas competências locomotoras tem uma pontuação total de 4, o que equivale a uma idade de 12 meses.

Competências Manipulativas

- Aptidão Manual

Nesta subescala o D.M. obteve uma pontuação de 10, ou seja, já é capaz de virar várias páginas de um livro em simultâneo, já atira deliberadamente os brinquedos para o chão, faz pinça, transfere objetos de uma mão para a outra e faz preensão palmar.

Nas restantes subescalas (Cubos, Desenho e Desenho da figura humana) da área das competências manipulativas, o D.M. não pontua. Ainda, não é capaz de construir torres de cubos, rabiscar ou desenhar. Como tal, a sua pontuação total nesta área é de 10, o que equivale a uma idade de 15 meses.

Capacidades Visuais

- Função Visual

Relativamente a esta subescala, a pontuação do D.M. foi de 5, sendo que ele apenas não aponta com o indicador, de forma precisa, para um objeto.

- Compreensão Visual

Na compreensão visual, o D.M. pontua um 4, o que significa que ele observa um objeto quando este cai, mas não o procura no chão e que se mostra atento em movimentos que ocorrem distantes de si. No entanto, não aponta, não mostra interesse em imagens, não reconhece figuras, não completa quadros e não combina cores.

Desta forma, na área das competências visuais, o D.M. tem uma pontuação total de 9, o que equivale a 10 meses.

Competências na Audição e Linguagem

- Função Auditiva

Na subescala da função auditiva, o D.M. obtém a pontuação máxima de 3 valores, pois assusta-se com ruídos súbitos, responde à voz e olha para o local de onde vem a voz da mãe.

- Compreensão da Linguagem

Nesta subescala a pontuação obtida foi 4, significando que o D.M. já reconhece o seu nome, compreende “não/adeus”, mostra-se atento a sons rotineiros e vira a cabeça em direção à fonte sonora.

Como tal, a pontuação total nas competências de audição e linguagem foi de 7, correspondendo a uma idade de 12 meses.

Competências na Fala e Linguagem

- Vocalização

Ao nível da vocalização obteve uma pontuação de 4, só não sendo ainda capaz de imitar sons do adulto. Já palra, ri e grita.

- Linguagem Expressiva

Nesta subescala a pontuação foi de 3. Sendo que o uso de uma palavra com significado ainda é posto em causa. No entanto, já faz lalações incessantes com vogais e consoantes e comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações.

Como pontuação total na área das competências da fala e linguagem, o D.M., tem um 7, que corresponde a 12 meses de idade.

Competências na Interação Social

- Comportamento Social

No comportamento social, o D.M. teve um 6, indicando que sorri, gosta do banho e das rotinas diárias e faz gracinhas. No entanto, ainda não se mostra aborrecido quando é contrariado e não bate palmas ou acena “adeus”.

- Brincar

No domínio do brincar, o D.M. já abana uma roca, encontra um objeto parcial ou totalmente escondido e explora com interesse as propriedades dos brinquedos, obtendo então uma pontuação de 4 nesta subescala. Contudo, ainda não brinca sozinho, não pontapeia uma bola grande e não lança uma bola pequena.

Deste modo, o D.M. obtém um 10 como pontuação total nas competências de interação social. Esta pontuação é equivalente a 12 meses.

Competências na Autonomia Pessoal

- Alimentação

A pontuação obtida nesta subescala foi 4. O D.M. já consegue beber de um copo com ajuda, leva as mãos ao biberão e agarra na colher.

Na subescala, higiene e vestir, o D.M. ainda não pontua, pois não realiza nenhuma das tarefas. Assim sendo, a pontuação total na área das competências de autonomia é 4, o que equivale a uma idade de 12 meses.

Cognição

Neste domínio, o D.M. obteve uma pontuação de 8 o que equivale a uma idade de 12 meses. Significando que já procura objetos quando estes caem, revelando permanência de objeto, que se mostra atento e interessado em movimentos que ocorrem distantes de si, que explora as propriedades dos brinquedos e objetos, com interesse e que já brinca de forma habilidosa com os brinquedos.

No geral, com esta avaliação, verificou-se que o D.M. apresentava um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo, muito abaixo do esperado para a sua idade cronológica. Após a avaliação, as questões que sobressaíram e que levantaram mais preocupações prendem-se com as dificuldades na socialização/interação com o outro, na motricidade fina e global, na cognição, linguagem e também, com a sua hipersensibilidade tátil. Propôs-se, então, intervenção em Psicomotricidade com carácter semanal, sendo que de seguida se apresenta o plano de intervenção pedagógico-terapêutico, construído com base nas informações recolhidas nesta avaliação.

1.3. Plano de Intervenção

Duração: 5 meses.

Periodicidade: uma vez por semana, 5^{as} feiras das 9h45 às 10h30.

Divisão das Sessões: (1) Avaliação Inicial - janeiro (observação informal - Dr.^a Joana Carvalho) e março (Portage); (2) Intervenção Psicomotora – de 19/02/2016 até 07/06/2016; (3) Avaliação Final – 14 de julho (Portage) e 21 de julho (SGII).

Tabela 4 - Objetivos do D.M.

Domínios do Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Motricidade Global	Promover o desenvolvimento da Motricidade Fina	Melhorar as competências grafomotoras	- Ser capaz de segurar num lápis de cera fazendo pinça; - Ser capaz de rabiscar aleatoriamente numa folha de papel.
	Promover o desenvolvimento da Motricidade Global	Melhorar a coordenação óculo-manual	- Ser capaz de apanhar objetos, inclinando o tronco para a frente, sem cair.
		Melhorar a coordenação óculo-podal	- Ser capaz de alternar da posição de pé para a posição sentada de forma autónoma; - Ser capaz de pontapear uma bola grande, amparado pelo adulto; - Ser capaz de subir uma cadeira, voltar-se e sentar-se.
		Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	- Ser capaz de saltitar para baixo e para cima, amparado pelo adulto; - Ser capaz de ultrapassar uma sequência de obstáculos, a andar, com ajuda do adulto (e.g. seguro por uma só mão); - Ser capaz de manter o controlo postural em superfícies instáveis

			(e.g. formas acolchoadas, baloiço).
		Melhorar a orientação do corpo no espaço	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de andar autonomamente por toda a sala; - Ter iniciativa de explorar os materiais da sala.
Social	Promover o desenvolvimento das competências sociais	Aumentar as capacidades de interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir a frustração no momento de separação dos pais, ficando sozinho com a terapeuta na sala, sem chorar; - Estabelecer uma relação com a terapeuta, procurando o contacto físico com esta e executando as atividades com ela, sem necessidade de intervenção da mãe; - Ser capaz de procurar a terapeuta para brincar; - Aceitar o toque da terapeuta, sem chorar ou mostrar desconforto; - Ser capaz de realizar a sessão dada apenas pela terapeuta, mas com a presença da mãe.
Cognitivo	Promover o desenvolvimento das competências cognitivas	Desenvolver a atenção	- Ser capaz de imitar o adulto quando este bate palmas.
		Desenvolver as capacidades de emparelhamento	- Ser capaz de construir uma torre de 2 cubos.
Linguagem	Promover o Desenvolvimento das Competências ao nível da Comunicação	Aumentar a capacidade de expressão	- Melhorar a capacidade de se expressar verbalmente e corporalmente.
		Aumentar as competências de linguagem receptiva	- Ser capaz de compreender as regras da sala (e.g. entrar e retirar os sapatos).

Estratégias:

- ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e técnico;
- ✓ Utilizar sempre a mesma estrutura nas sessões e estruturar as sessões partindo de tarefas mais simples para as mais complexas;
- ✓ Complexificar ou simplificar tarefas sempre que necessário, facilitando a sua compreensão;
- ✓ Fornecer feedbacks positivos durante a concretização das atividades;
- ✓ Maximizar as áreas fortes, como estratégia para desenvolver as menos fortes;
- ✓ Utilizar objetos do interesse da criança como mediadores da atividade e que estimulem a interação com o outro e com o envolvimento;

1.4. Intervenção Psicomotora – implementação do plano pedagógico-terapêutico

O D.M. iniciou a Intervenção Individual com a estagiária no dia 19 de fevereiro de 2016 e terminou no dia 21 de julho de 2016 com a avaliação psicomotora. Durante este período, estavam previstas 24 sessões de intervenção das quais se realizaram 23, não se concretizando uma sessão, devido a falta da criança por motivo de doença.

Nas primeiras sessões do D.M., e como já foi referido anteriormente, este apresentou uma forte resistência à separação da mãe e recusa às iniciativas de interação da terapeuta. Chorava muito, agarrava-se à mãe e não queria fazer nada do que lhe era proposto. Assim, achou-se por bem que numa fase inicial a mãe estivesse presente na sessão e que seria pertinente, para começar, ser mesmo ela a fazer as atividades com o D.M.; a terapeuta deveria adotar uma postura de mediador e tentar ganhar a sua confiança para que posteriormente este aceitasse melhor a interação entre os dois e fosse possível estabelecer uma relação empática, possibilitando que fosse a terapeuta a conduzir as sessões.

Perante isto, e porque o D.M. também se mostrava bastante inibido, estranhando o espaço, optou-se que as duas primeiras sessões fossem dirigidas de modo a que o D.M. ganhasse mais confiança e à vontade, familiarizando-se com o espaço e com as pessoas presentes na sessão. Deste modo, estas sessões foram baseadas no uso da música, com exploração de instrumentos musicais diversos e com cantorias, uma vez que, esta é uma área de particular interesse para o D.M., sendo igualmente relaxante para ele.

Após estas sessões, o D.M. já se mostrava mais acostumado com o ambiente e, portanto, deu-se início às atividades estruturadas. Assim, ao longo das sessões foi possível observar que o D.M. inicialmente era uma criança muito retraída, fechada em si mesma, com grandes dificuldades de interação com pessoas ou espaços estranhos. Uma criança que aos 2 anos e meio, e mesmo após adquirir a marcha, ainda usava como forma de deslocação preferencial o *shuffling*, apresentava uma exploração do espaço pobre, não revelando interesse nos objetos que o rodeavam e comunicava pouco em resposta à conversa do adulto.

Contudo, rapidamente construiu uma relação de proximidade com a terapeuta e pouco a pouco foi se mostrando uma criança mais recetiva à presença de estranhos e aceitando melhor o afastamento dos pais. Efetivamente, logo na quarta sessão é o D.M. que

procura o contacto com a terapeuta, iniciando uma brincadeira com ela e permanecendo na atividade por um período de tempo razoável, sem a necessidade da participação da mãe. É a partir deste momento, que as sessões começam a ser dadas pela terapeuta e a mãe assume um papel mais passivo, de observadora.

De facto, ao nível da socialização e da interação o D.M. fez várias evoluções de sessão para sessão. Para além, das questões relativas à proximidade e ao contacto físico, que inicialmente o deixavam muito tenso e desconfortável e que passaram a ser encaradas como prazerosas e divertidas. Também ao nível da comunicação se notou esta diferença, pois o D.M. começou a mostrar mais resposta ao diálogo do adulto.

Relativamente às atividades que lhe foram sendo propostas, o D.M. mostrou-se recetivo, no entanto, nas primeiras sessões quando lhe era dada uma tarefa muito diferente do habitual, tinha uma reação aflitiva e de rejeição. Mas acabou sempre por realizar as tarefas com maior ou menor sucesso. É de notar que ao longo da intervenção este fenómeno foi diminuindo ligeiramente, e o D.M. começava a aceitar melhor fazer coisas novas, pela primeira vez, apesar de ainda manter alguma resistência.

Muitas das atividades pensadas para o D.M. envolviam sequências de obstáculos e circuitos que requeriam uso da marcha, habituação a diferentes superfícies e desequilíbrios, englobando-se também novas e diversificadas experiências motoras e.g., subir, descer, escorregar, passar por baixo, levantar-se, usar o baloiço, o trampolim, o túnel ou a piscina de bolas. Desta forma, em termos motores o D.M. revelou uma evolução no seu comportamento e postura. Ao longo das sessões passou a usar a marcha bípede como forma de deslocação preferencial, começou a deslocar-se mais autonomamente pela sala, mostrou mais à vontade e menos receios em subir e andar pelas esponjas, começou a levantar-se para a posição de pé sem ajuda do adulto (mas agarrado a alguma coisa), passou a explorar todo o espaço da sala e a interagir mais com os objetos nela presentes e revelou iniciativa para começar as atividades, nomeadamente indo por opção própria para a piscina de bolas. De referir, que este inicialmente, era um espaço muito aflitivo para o D.M., no qual ele não conseguia permanecer.

Relativamente às atividades mais sensoriais, desde o início se considerou pertinente que a sessão terminasse num momento mais tranquilo, de retorno à calma. Logo à partida este foi um momento que agradou ao D.M., mas a nível do tónus foram visíveis alterações com o tempo. Inicialmente, apesar de mostrar gostar da atividade, o D.M. não

descontraía completamente, mantinha-se muito tenso, fazia força com os membros e o tronco e permanecia sentado na bola “amendoim”. Com o tempo, passou a preferir deitar-se em decúbito ventral, deixando o corpo relaxado em cima da bola e aceitando o toque como forma de aliviar tensões.

Ao nível da sua hipersensibilidade no começo, esta era bastante notória e o D.M. rejeitava o toque de objetos com texturas diferentes, contudo foram realizadas algumas atividades neste sentido e, ao longo das sessões, este problema perdeu significado, sendo, por exemplo, o próprio D.M. a procurar e fazer festinhas no tapete do baloiço, no qual anteriormente se negava a tocar.

A intervenção com o D.M. teve sempre implícitos os objetivos de facilitar o estabelecimento de uma relação com o adulto, de potencializar a comunicação e de promover o desenvolvimento motor. Tudo isto, conferindo-lhe experiências novas e desafiantes, de modo a que se tornasse mais autónomo e explorador, mas sempre num contexto estruturado para que, fosse capaz de se organizar internamente e assim criar significado nas experiências vividas.

De uma forma geral, as atividades desenvolvidas foram sempre de encontro aos objetivos pré-estabelecidos no plano de intervenção e baseados numa abordagem instrumental e relacional. Foram realizadas atividades motoras, de consciencialização corporal, atividades gráficas, atividades com sequências de obstáculos, entre muitas outras.

1.5. Avaliação Final

Após cinco meses de intervenção, realizou-se então, uma reavaliação. A avaliação final da criança foi realizada nos dias 14 de julho com o Portage e 21 de julho com a SGSII, tendo assim por base os mesmos instrumentos que a avaliação inicial. Esta avaliação traduz uma descrição e análise da comparação com os resultados iniciais em termos qualitativos, aspeto a aspeto. De seguida, são então expostos os resultados obtidos.

Resultados obtidos com o Portage

Tabela 5 – Comparação da Avaliação Inicial e Final com o Portage

Domínios do desenvolvimento	Faixa etária dos 0-1 ano		Faixa etária dos 1-2 anos		Faixa etária dos 2-3 anos		Total	
	Av.I	Av.F	Av.I	Av.F	Av.I	Av.F	Av.I	A.F
Socialização	18/28	18/28	1/14	2/14	0/7	3/7	19/51	23/51
Autonomia	5/28	5/28	7/11	8/11	0/26	0/26	12/50	13/50
Cognição	2/14	2/28	0/9	3/9	0/15	2/15	2/38	7/38
Desenvolvimento motor	32/45	34/45	7/17	10/17	8/15	9/15	47/77	53/77
Linguagem	39/47	41/47	19/46	23/46	0/49	5/49	58/142	69/142
Legenda: número de comportamentos (adquiridos ou emergentes) / total de comportamentos avaliados dentro da faixa etária correspondente								

Domínio da Socialização

Relativamente ao domínio da socialização, o D.M. por vezes já cumprimenta outras crianças ou adultos, já é capaz de trazer ou levar objetos ou ir chamar alguém quando lhe é pedido e já expressa ou mostra compreender diferentes sentimentos. No entanto, ainda não obedece aos pais em pelo menos 50% das vezes, ainda não se sente perto do adulto para que este lhe leia um livro e ainda não procura ajudar os pais em tarefas domésticas. Assim, no que concerne à socialização o D.M. durante a intervenção adquiriu, pelo menos, dois novos comportamentos esperados para a sua idade, sendo que anteriormente ainda não realizava nenhum.

Quanto aos comportamentos adquiridos neste domínio, é ainda de salientar novas aquisições enquadradas numa faixa etária inferior, e.g., o D.M. já imita o adulto em coisas muito simples como bater as palmas e já estende os braços para pessoas com quem está pouco familiarizado. Contudo, continua sem fazer demonstrações de afeto (abraçar, dar festinhas ou beijos) e ainda não responde prontamente quando chamado pelo nome.

Domínio da Autonomia

No que diz respeito à autonomia, o D.M. mantém os resultados da avaliação inicial, não se observando nenhum novo comportamento adquirido. Assim, continua sem realizar nenhuma das atividades enquadradas na faixa etária dos 2 aos 3 anos, e.g. ainda não leva alimentos à boca, ainda usa fralda e não distingue o vestuário. No entanto, conserva a aquisição de parte das tarefas esperadas para a faixa etária 1-2 anos, como ser capaz

de estar sentado no bacio durante um período de tempo, tirar as meias e o chapéu. Já o despir o casaco ou as calças desabotoadas, ainda são tarefas que não realiza.

Domínio da Cognição

No domínio da cognição o D.M., fez novas aquisições, sendo que, já é capaz de construir uma torre de 3 cubos, a pedido, já aponta para o “grande” e o “pequeno” e já é capaz de montar 4 partes de um brinquedo de encaixe, e.g., lego. Desta forma, o D.M. fez algumas aquisições esperadas para a sua idade, o que inicialmente não se verificava.

Domínio do Desenvolvimento Motor

Ao nível do desenvolvimento motor, o D.M. acrescenta à lista de comportamentos adquiridos para a sua faixa etária, o ser capaz de pontapear uma bola grande e imóvel e de separar e juntar objetos com materiais aderentes. Além disto, já começa a fazer o movimento de inclinar o tronco para a frente, para apanhar objetos.

Quanto às tarefas correspondentes a idades mais baixas o D.M. também fez novas aquisições. Assim, já saltita para baixo e para cima quando amparado pelo adulto, já se põe de pé quando está sentado sem necessitar de ajuda do adulto, já se mantém em pé com o mínimo apoio, já se senta sozinho numa cadeira pequena, já sobe para uma cadeira de adulto, volta-se e senta-se e já constrói uma torre com 3 cubos. No entanto, ainda não se põe de joelhos, não se baixa sozinho da posição de pé para a posição sentado e não faz rabiscos com lápis de cera.

Desta forma, verifica-se que o D.M. no domínio do desenvolvimento motor, fez pelo menos 8 novas aquisições.

Domínio da Linguagem

Dos comportamentos esperados para o primeiro ano de vida o D.M. contrariamente à avaliação inicial, já adquiriu o sorriso como resposta à atenção do adulto, já vira a cabeça em direção ao som, já repete os seus próprios sons, em resposta ao adulto, já repete a mesma sílaba 2 ou 3 vezes por imitação e já olha para um objeto familiar quando nomeado. Além disto, já começa a balbuciar. Contudo, ainda dentro desta faixa etária há algumas aquisições que ainda não foram feitas, como o dizer adeus acenando com a mão, não responde a gestos com outros gestos, não abraça, não faz festinhas ou dá beijos, não executa uma ordem simples quando acompanhada por gestos e não aponta para uma parte do corpo.

No que respeita à faixa etária 1-2 anos, o D.M. também fez novas aquisições, já dá ou mostra um objeto quando pedido, já movimenta apropriadamente o corpo quando se diz “para cima” ou “para baixo”, já brinca com outra criança ainda que em atividades diferentes, quando brinca já imita os movimentos de outra criança, já abraça ou pega um brinquedo macio e já dá um livro ao adulto para que lho leia.

Para a sua idade, dos 2 aos 3 anos o D.M., conseguiu adquirir alguns comportamentos, nomeadamente, ser capaz de trazer ou levar um objeto ou chamar uma pessoa quando lhe é pedido, senta-se perto do adulto para partilhar um livro durante 5 minutos, fazer uma escolha quando se lhe pede e colocar objetos “dentro de”, “debaixo de”, “em cima de”, quando lhe pedem.

Deste modo, no que respeita à linguagem, o D.M. adquiriu num total, de pelo menos, 14 novos comportamentos.

De notar que no domínio da linguagem, alguns comportamentos avaliados estão também ligados à socialização e à cognição.

Resultados Obtidos com a Schedule of Growing Skills II

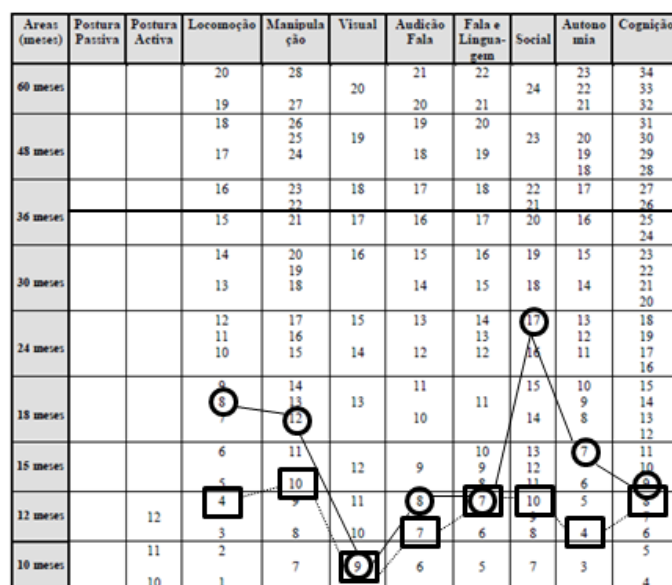


Figura 8 - Comparação da Avaliação Inicial e Final do Perfil do Desenvolvimento com a SGII

Competências Locomotoras

- Movimento e Equilíbrio

Nesta subescala o D.M. obteve uma pontuação de 8. Isto significa que é capaz de andar com os pés ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente. No entanto, apesar da pontuação o D.M. continua sem rebolar e virar-se para se deslocar.

Relativamente à subescala, subir e descer escadas, o D.M. cota 2, ou seja, sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau. Porém, não sobe escadas de gatas.

Desta forma, nas competências locomotoras tem uma pontuação total de 8, o que equivale a uma idade de 18 meses.

Competências Manipulativas

- Aptidão Manual

Nesta subescala o D.M. obteve uma pontuação de 10, ou seja, já é capaz de virar várias páginas de um livro em simultâneo, já atira deliberadamente os brinquedos para o chão, faz pinça, transfere objetos de uma mão para a outra e faz preensão palmar.

- Cubos

Nesta subescala o D.M. passa a cotar 1, uma vez que, já é capaz de construir uma torre com 2 cubos.

Nas restantes subescalas (Desenho e Desenho da figura humana) da área das competências manipulativas, o D.M. não pontua. Ainda, não é capaz de rabiscar ou desenhar. Como tal, a sua pontuação total nesta área é de 12, o que equivale a uma idade de 18 meses.

Capacidades Visuais

- Função Visual

Relativamente a esta subescala a pontuação do D.M. foi de 5, sendo que ele apenas não aponta com o indicador, de forma precisa, para um objeto.

- Compreensão Visual

Na compreensão visual, o D.M. pontua 4, o que significa que ele observa um objeto quando este cai, mas não o procura no chão e que se mostra atento em movimentos que ocorrem distantes de si. No entanto, não aponta, não mostra interesse em imagens, não reconhece figuras, não completa quadros e não combina cores.

Desta forma, na área das competências visuais, o D.M. tem uma pontuação total de 9, o que equivale a 10 meses. Não se verificam, assim, diferenças entre a avaliação inicial e a final.

Competências na Audição e Linguagem

- Função Auditiva

Na subescala da função auditiva, o D.M. obtém a pontuação máxima de 3 valores, pois assusta-se com ruídos súbitos, responde à voz e olha para o local de onde vem a voz da mãe.

- Compreensão da Linguagem

Nesta subescala a pontuação obtida foi 5, significando que o D.M. já reconhece o seu nome, compreende “não/adeus”, mostra-se atento a sons rotineiros, vira a cabeça em direção à fonte sonora e mostra compreender os nomes de pessoas ou objetos familiares.

Como tal, a pontuação total nas competências de audição e linguagem foi de 8, correspondendo a uma idade de 12 meses.

Competências na Fala e Linguagem

- Vocalização

Ao nível da vocalização obteve uma pontuação de 4, só não sendo ainda capaz de imitar sons do adulto. Já palra, ri e grita.

- Linguagem Expressiva

Nesta subescala a pontuação foi de 3. Sendo que o uso de uma palavra com significado ainda é posto em causa. No entanto, já faz lalações incessantes com vogais e consoantes e comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações.

Como pontuação total na área das competências da fala e linguagem, o D.M., tem um 7, que corresponde a 12 meses de idade. Assim, nesta área, não foram observadas alterações.

Competências na Interação Social

- Comportamento Social

No comportamento social, o D.M. teve um 10, indicando que sorri, gosta do banho e das rotinas diárias, faz gracinhas, bate palmas, explora objetos que estão à sua volta e brinca com outras crianças. Já começa a mostrar-se aborrecido quando é contrariado e já começa a partilhar os brinquedos com outras crianças.

- Brincar

No domínio do brincar, o D.M. abana uma roca, encontra um objeto parcial ou totalmente escondido, explora com interesse as propriedades dos brinquedos, brinca sozinho perto de pessoa familiar, brinca com os brinquedos de modo habilidoso e lança uma bola pequena com a mão, obtendo então uma pontuação de 7 nesta subescala.

Deste modo, o D.M. obtém um 17 como pontuação total nas competências de interação social. Esta pontuação é equivalente a 24 meses.

Competências na Autonomia Pessoal

- Alimentação

A pontuação obtida nesta subescala foi 7. O D.M. já consegue beber de um copo com ajuda, leva as mãos ao biberão, agarra na colher e leva-a à boca e segura no copo com ambas as mãos e bebe sem entornar muito.

Na subescala, higiene e vestir, o D.M. já é capaz de lavar as mãos. Assim sendo, a pontuação total na área das competências de autonomia é 7, o que equivale a uma idade de 15 meses.

Cognição

Neste domínio, o D.M. obteve uma pontuação de 9 o que equivale a uma idade de 15 meses. Sendo que a única aquisição nova que o D.M. revelou foi a capacidade de empilhar até dois cubos.

No geral, com esta avaliação, verificou-se que o D.M. apresenta um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo, abaixo do esperado para a sua idade cronológica.

1.6. Conclusões

Em termos gerais, a maioria dos objetivos previamente estabelecidos para a criança foram cumpridos e verificou-se que o D.M. teve uma evolução gradual positiva. Os seus comportamentos tornaram-se mais adequados ao contexto, tornou-se uma criança mais interessada e com maior facilidade em se relacionar com os outros do que inicialmente.

Efetivamente, melhorou em quase todas as áreas de intervenção e fez muitas aquisições novas e importantes. No entanto, alguns objetivos específicos não foram alcançados. Hoje, é um menino mais explorador, mais proactivo, com mais vontade e iniciativa, do que anteriormente. É um menino, capaz de interagir com o outro, aceitando a sua presença e procurando a relação e o olhar do outro. Já mantém a atenção no que o rodeia e mostra curiosidade pelo meio envolvente.

A participação e o envolvimento ativo da família foram uma mais-valia para a evolução do desenvolvimento do D.M. e quando a intervenção terminou, os pais mostraram-se interessados na continuação do trabalho desenvolvido e satisfeitos com a evolução do filho. Estes referiram que o filho está muito mais comunicativo, que se expressa melhor e tem mais intenção na comunicação, salientam também, todas as aprendizagens motoras que o D.M. fez e na relação com os pares e brincadeiras também verificaram uma melhoria significativa.

Contudo, é de referir que efetivamente o D.M. revelou melhoria na interação e relação com o outro, nomeadamente ao nível da sua resposta porém, não é possível afirmar que tem uma verdadeira intenção de comunicação. Percebe-se a opinião dos pais e o entusiasmo com as evoluções da criança, mas em termos terapêuticos algumas das afirmações não são verificáveis em sessão.

Apesar do tempo de intervenção ter sido significativo e da sua evolução ter sido notória, o D.M. continua a apresentar dificuldades em várias áreas do desenvolvimento. Neste sentido, continuará em intervenção na psicomotricidade.

2. Estudo de Caso II – M.P (Individual)

2.1. Caracterização da Criança

A M.P. é uma criança do género feminino que nasceu no dia 20 de setembro de 2011. Atualmente, tem 4 anos de idade. A gravidez foi vigiada em consulta particular e no HGO. A mãe esteve internada às 19 semanas por pneumonia e, no final do segundo trimestre, foi diagnosticado restrição do crescimento intrauterino devido a insuficiência placentária. Sem outras intercorrências, nasceu às 39 semanas de parto eutócico no HGO. Apresentava um peso ao nascer de 2.450 kg, 45.7 cm de comprimento, 31.2 cm de perímetro cefálico e um Apgar 9/10.

Relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor, apresentou sorriso social aos 2 meses, controlo cefálico aos 3 meses, sentou-se sem apoio aos 5 meses, disse as primeiras palavras aos 9 meses e adquiriu a marcha autónoma aos 16 meses. Apresentou marcha em bico dos pés até aos 21 meses, passando depois para uma marcha de base alargada, revelando ainda presentemente algumas particularidades na marcha e uma corrida muito rígida e desajeitada. Tem pouca destreza motora. Salta em bloco, tem dificuldade em subir escadas alternadamente e em pontapear uma bola. Brinca muito sozinha, apesar de começar aos poucos a integrar-se, prefere o adulto a outras crianças. Apresenta “*flapping*” quando excitada e sob tensão emocional e tem também “tremores” corporais. É uma menina que gosta muito de desenhar, mas tem um desenho ainda rudimentar, gosta de pintar e fazer puzzles. Revela grande interesse e gosto pelas cores, que já conhece bem, por números e até por contas.

Quanto ao contexto familiar, a M.P. tem um irmão, de um casamento anterior do pai, com 11 anos, saudável, com o qual não tem muito contacto. A mãe tem 45 anos, licenciada em economia e o pai tem 41 anos, licenciado em informática, ambos saudáveis. Na família, tem historial de epilepsia em dois primos maternos e num filho de um desses primos; a avó materna também apresenta episódios de perda de conhecimento com desvio cefálico. A M.P. vive com os pais.

No que diz respeito ao contexto educativo, ficou em casa com os avós maternos até aos 13 meses, entrando posteriormente, para o infantário. Atualmente, frequenta um Colégio, tem também apoio de terapia da fala numa instituição privada e frequenta o Littlegym, anteriormente já frequentou o Babygym.

A M.P. tem diagnóstico de Atraso Global do Desenvolvimento e uma Epilepsia Focal iniciada aos 14 meses. Foi encaminhada para psicomotricidade pelas dificuldades na motricidade fina, na coordenação motora e na linguagem.

De referir que, as crises epiléticas da M.P. ocorrem em intervalos de um a dois meses, associados a períodos em que dorme mal, tem mais cansaço ou *stress* emocional. De salientar ainda, que a M.P. sofre de estrabismo convergente desde os primeiros anos de vida, e que já foi operada aos ouvidos com 3 anos de idade, por problemas de audição que se refletiam particularmente ao nível da relação, da comunicação, da coordenação e do planeamento motor, sendo que houve uma melhoria nestes campos após a cirurgia.

Foi também avaliada no CDCTS em psicologia ao nível do desenvolvimento, da comunicação, relação e interação, e fez avaliação ao nível da linguagem pela terapia da fala.

2.2. Avaliação Inicial

Resultados Obtidos com o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

A M.P. foi avaliada em Psicomotricidade aos 4 anos e 2 meses de idade. Esta avaliação teve por base a versão reduzida do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2) e foi aplicada pela estagiária de licenciatura. De notar, que antes desta avaliação, a M.P. já tinha estado no CDCTS, há cerca de um ano também para avaliação.

Tabela 6 - Avaliação Inicial com o TPMBO-2

<u>Short Form</u>		Point Score
Controlo Motor Fino	Precisão motora fina	2
	Integração motora fina	0
Coordenação Manual	Destreza manual	2
	Coordenação dos membros superiores	0
Controlo do Corpo	Coordenação bilateral	1
	Equilíbrio	3
Força e Agilidade	Agilidade	0
Total Point Score		8

Num primeiro momento, a M.P. apresenta-se como uma criança tímida no contacto inicial, mas logo se descontraí, tornando-se afetuosa e mostrando à vontade na sala. No entanto, revela-se sossegada e bastante calada durante a avaliação.

No controlo motor fino, que engloba a precisão motora fina e a integração motora fina, a M.P. apresenta resultados homogêneos. Revelou grandes dificuldades em realizar as tarefas, não conseguindo executar a maior parte destas. Contudo, revelou uma grande vontade de fazer as atividades propostas.

De referir que a M.P. ainda não faz tríade, segura o lápis com o polegar e o dedo médio e usa preferencialmente a mão esquerda. Também na pega da tesoura são sentidas dificuldades, sendo que a M.P. não tem destreza manual no seu manejo e tem dificuldades em coordenar os movimentos finos. Na tarefa de dobrar o papel, a M.P. mostra não entender as instruções verbais nem a demonstração da tarefa. É ainda de salientar que ao longo da avaliação a M.P. vai tendo pequenos espasmos/tremores que condicionam a sua prestação e a tornam mais lenta na realização das tarefas.

A coordenação manual divide-se na destreza manual e coordenação dos membros superiores. No que diz respeito à destreza manual, a M.P. mostra uma grande lentidão na execução motora das tarefas, devido aos tremores. Contudo, na tarefa das moedas revela uma boa prensão fina, fazendo pinça e um movimento fluido. No entanto, nesta e noutras tarefas semelhantes apresenta impulsividade, e pouca intencionalidade no movimento. Nota-se ainda alternância das mãos durante as tarefas, mas revela uma boa perceção das figuras (quadrado e triângulo).

Quanto à coordenação dos membros superiores, onde se avalia as competências no controlo de bola, a M.P. mais uma vez demonstra dificuldades em compreender as instruções que lhe são dadas. A par disso, não consegue ainda efetuar as tarefas de apanhar ou driblar a bola. No entanto, já lança a bola com uma ou duas mãos, apesar do seu movimento não ser direcionado e não ter força nem velocidade.

No que concerne ao controlo do corpo, foram avaliadas a coordenação bilateral e o equilíbrio, verificando-se que a M.P. apresenta algumas dificuldades nestas áreas. Ao nível da coordenação bilateral, revela dificuldades nas tarefas que requerem coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores, apresentando alguma imaturidade no desempenho. Nas atividades de equilíbrio, também revela algumas dificuldades, apresentando grandes oscilações e desequilíbrios.

Na força e agilidade, a M.P. ainda não consegue executar o salto a pé-coxinho, só executando saltos com alternância de pés e muito descoordenados.

Em suma, a M.P apresenta um desenvolvimento psicomotor homogêneo, verificando-se dificuldades gerais. Estas são mais notórias ao nível da coordenação, da atenção, da motricidade global e do equilíbrio.

Resultados Obtidos com a Grelha de Observação do Comportamento da Criança

Ao nível das competências sociais, a M.P. é capaz de brincar desempenhando o papel do adulto e quando brinca com outros, coopera. No entanto, tem dificuldades em esperar pela sua vez para jogar, em pedir autorização antes de utilizar um determinado objeto e em explicar as regras de um jogo. Exprime de forma clara os seus sentimentos, mas o seu nível de afeto é oscilante, podendo mostrar-se muito carinhosa com o facilitador ou praticamente indiferente a este. Apesar disto, tem iniciativa para começar a interação com o facilitador e estabelece uma relação próxima com este. Compreende bem as emoções transmitidas pelo facilitador, conseguindo perceber e adequar o comportamento quando é chamada à atenção ou quando lhe é feito um pedido mais assertivo.

A M.P. tem um tempo de permanência na atividade muito curto, saltando de tarefa em tarefa. Os jogos da sua preferência são os sensório motores, jogos com movimento e até mesmo jogos com regras desde que dentro dos seus temas de interesse, nomeadamente cores e números.

No que se refere ao desenvolvimento emocional, a M.P. ainda não difere de modo claro, o jogo de fantasia da realidade. Muitas vezes na sessão fala com as bolas como se fossem outras crianças, ou atribui-lhes sentimento, e.g. chama as bolas de “minhas amigas” por estas irem ao encontro dela, acontecendo situações semelhantes com os sapos que são utilizados em algumas atividades. A M.P. expressa as suas emoções, o seu contentamento ou frustração de modo claro, através de palavras e comportamentos. Igualmente, mostra reconhecer as emoções de terceiros. Quanto ao respeito pela autoridade do adulto, é uma criança que cumpre o que lhe é pedido quase sempre à primeira. Dentro da sessão, o momento em que tal não acontecia de forma tão natural, era na hora de sair, provavelmente por não querer deixar um espaço e atividades de que estava a gostar e não tanto como forma de desacato a um pedido. No entanto, nestes momentos evitava cumprir o que lhe era pedido, arranjanho estratégias de fuga, como fingir que não ouvia, arranjar coisas para fazer, arrumar a sala ou até mesmo pedir para fazer o jogo “só mais uma vez”, repetindo o pedido sempre que terminava o jogo em

causa. Contudo, mesmo nesta situação quando a estagiária adotava uma postura mais assertiva, afirmando que tinham mesmo que sair, a M.P. aceitava a indicação e saía da sala espontaneamente. A par disto, por norma, em situações de conflito a M.P. adota estratégias verbais de negociação ou arranja desculpas para se justificar e estratégias físicas, como pequenas fugas.

No domínio da linguagem e da comunicação, é uma criança que já nomeia as letras do alfabeto, as cores, formas geométricas mais simples e partes do corpo, já distingue o menino da menina, objetos iguais de objetos diferentes, já conta histórias, usa frases complexas, usa advérbios de tempo como ontem e amanhã e plurais. Compreende instruções complexas, apesar de necessitar de apoio, procura a atenção do adulto, questiona, responde e inicia conversas.

No que respeita ao domínio da cognição, a M.P. tem boas noções espaciais e temporais, não sendo apenas capaz de nomear posições relativas (a primeiro, a última...), já adquiriu todas as competências avaliadas ao nível das associações, imitações, desenho da figura humana, características de objetos e conceitos de quantidade, já conta até 20.

A M.P. por norma não consegue manter a atenção numa mesma atividade por períodos de tempo superiores a 10 minutos, sendo que as atividades de seu maior interesse e consequente investimento, são atividades com uma componente mais cognitiva, como jogos de associações e emparelhamentos. Contrariamente, as atividades em que demonstra mais desmotivação e em que investe menos, são as de cariz exclusivamente motor, como as tarefas de saltos ou circuitos. De notar que, quando estimulada pela estagiária consegue perlongar o tempo de atividade, mas não muito.

Relativamente ao desenvolvimento motor, a M.P. revela maiores dificuldades. Na motricidade global, consegue agarrar uma bola com as duas mãos, quando esta lhe é lançada e saltita. Mas não realiza saltos a pés juntos, alternados ou ao pé-coxinho e tem dificuldades no equilíbrio, apresentando oscilações quando tenta permanecer estática ou em movimentos lentos que requerem um maior controlo postural. Na motricidade fina, não segura o lápis fazendo tríade, mas é capaz de apanhar um objeto fazendo pinça, dobra um papel ao meio e vinca-o e já começa a desenhar figuras simples e a usar a borracha para apagar. Ainda não consegue pintar sem sair dos contornos, nem cortar em linha curva.

A M.P. é uma criança ativa durante a sessão, sendo que o seu pico de energia se concentra ao início. Por norma, mostra impulsividade iniciando as tarefas antes de terminada a instrução e sem reforço desmotiva e desiste com alguma facilidade de tarefas que não são do seu particular interesse. Demonstra interesse através da verbalização e do contacto físico. Já como resposta à frustração tende a mudar de assunto, adquirindo uma postura evasiva.

2.3. Plano de Intervenção

Duração: 5 meses.

Periodicidade: uma vez por semana, 6^{as} feiras das 10h00 às 10h45.

Divisão das Sessões: (1) Observação informal – 11 de dezembro; (2) Avaliação Inicial – 08 de janeiro (TPMBO-2); (3) Intervenção Psicomotora – de 15/01/2016 até 25/07/2016; (4) Avaliação Final – 01 de agosto (BOT2).

Tabela 7 - Objetivos da M.P.

Domínios do Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Motricidade Global	Promover o desenvolvimento da Motricidade Fina	Melhorar as competências grafomotoras	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de segurar num lápis de cera fazendo pinça; - Ser capaz de colorir uma figura dentro dos limites; - Ser capaz de copiar formas geométricas simples (círculo, quadrado, triângulo).
		Melhorar a precisão dos movimentos finos	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de recortar uma figura e colar de seguida; - Ser capaz de realizar percursos gráficos; - Ser capaz de construir formas com plasticina; - Ser capaz de construir puzzles com pelo menos 10 peças.
		Melhorar a coordenação óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de apanhar uma bola, com as duas mãos, quando lhe é lançada a uma distância de 2 m; - Ser capaz de lançar uma bola, com as duas mãos, para um alvo previamente definido, a uma distância de 1,5 m.

	Promover o desenvolvimento da Motricidade Global	Melhorar a coordenação óculo-podal	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de pontapear uma bola e direcioná-la para um alvo previamente definido, a uma distância de 1,5 m; - Ser capaz de subir/descer escadas alternando os apoios.
		Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de saltar a pés juntos, num espaço delimitado pelo adulto; - Ser capaz de ultrapassar uma sequência de obstáculos, sem ajuda do adulto; - Ser capaz de caminhar sobre uma linha reta, com 1 m de comprimento, tendo no máximo dois desequilíbrios; - Ser capaz de manter o controlo postural em superfícies instáveis (e.g. formas acolchoadas, baloiço); - Ser capaz de permanecer em estatua, durante 10 segundos, podendo ter incentivos verbais por parte do adulto.
		Melhorar a orientação do corpo no espaço	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de realizar uma sequência de tarefas motoras, num espaço definido pelo adulto.
Social	Promover o desenvolvimento das competências sociais	Aumentar as capacidades de interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de cumprir as regras das atividades; - Ser capaz de aguardar pela sua vez no jogo; - Ser capaz de partilhar objetos durante a interação com o adulto.
			<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o tempo de atenção e

Cognitivo	Promover o desenvolvimento das competências cognitivas	Desenvolver a atenção	concentração na realização de uma tarefa; - Ser capaz de executar uma tarefa do início ao fim sem interrupções; - Ser capaz de centralizar a atenção para o que lhe é dito independentemente dos estímulos externos; - Diminuir a tendência para a distração face a outros estímulos.
Linguagem	Promover o Desenvolvimento das Competências ao nível da Comunicação	Aumentar a capacidade de expressão	- Melhorar a capacidade de se expressar verbalmente e corporalmente; - Ser capaz de relatar acontecimentos simples do dia-a-dia; - Ser capaz de expressar de forma verbal e/ou através do desenho, as atividades realizadas.
		Aumentar as competências de linguagem recetiva	- Ser capaz de compreender e executar regras/instruções simples.

Estratégias:

- ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e técnico;
- ✓ Utilizar sempre a mesma estrutura nas sessões e estruturar as sessões partindo de tarefas mais simples para as mais complexas;
- ✓ Complexificar ou simplificar tarefas sempre que necessário, facilitando a sua compreensão;
- ✓ Fornecer feedbacks positivos durante a concretização das atividades;
- ✓ Maximizar as áreas fortes, como estratégia para desenvolver as menos fortes;
- ✓ Utilizar objetos do interesse da criança como mediadores da atividade e que estimulem a interação com o outro e com o envolvimento

2.4. Intervenção Psicomotora – implementação do plano pedagógico-terapêutico

A M.P. iniciou a Intervenção Individual com a estagiária no dia 15 de janeiro de 2016 e terminou no dia 01 de agosto de 2016 com a avaliação psicomotora. Durante este período, estavam previstas 22 sessões de intervenção das quais se realizaram 21, não se concretizando uma sessão devido a falta da criança.

Do que foi possível observar ao longo das várias sessões de intervenção, a M.P. mostrou ser uma criança inicialmente tímida, mas que rapidamente se solta passando ao contacto físico e a demonstrações de afeto, havendo assim uma oscilação e ambivalência na relação e contacto com o adulto. No entanto, com o decorrer das sessões construiu uma relação de afeto, próxima, com a terapeuta.

Para além disso, também ao nível do comportamento é observável alguma instabilidade, pois a M.P. oscila entre momentos de atenção e cooperação e momentos de dispersão fácil. Nas primeiras sessões, a M.P. explorava o espaço de forma desorganizada, revelando muitas dificuldades em completar as tarefas em que se envolvia. As atividades que iniciava nunca eram executadas até ao fim, nem seguiam uma sequência lógica, escolhendo tarefas apenas do seu interesse pessoal e desistindo facilmente da realização de tarefas em que tinha mais dificuldade.

Outra particularidade da M.P. eram as suas dificuldades de compreensão e de expressão. Pois, em muitos dias, parecia difícil chegar a ela, fazer com que parasse e escutasse ou que respondesse às questões colocadas. Assim, muitas instruções verbais ou mesmo conversas informais realizadas pela terapeuta não eram compreendidas, sendo necessário recorrer a estratégias (e.g., demonstração, repetição) que permitissem que a criança se sentisse apoiada, livre e envolvida no decorrer das sessões. Desta forma, o trabalho no domínio da linguagem (recetiva e expressiva) foi transversal ao longo de todo o processo de intervenção, procurando-se, progressivamente, aumentar o tempo em diálogo, promovendo a organização e a coerência do seu discurso e das suas ideias.

No que diz respeito à área motora, a M.P. revela várias dificuldades, sendo esta uma área de especial investimento durante o processo de intervenção. Apesar de ser uma criança exploradora, aventureira, sem receios de explorar o espaço e os materiais, acaba por ser uma menina sem organização e estruturação no brincar, que rapidamente desiste

do jogo, andando de atividade em atividade. Em tarefas de maior envolvimento motor, a M.P. dispersava a sua atenção com facilidade, não sendo capaz de seguir uma sequência de atividades motoras até ao fim (e.g. circuitos de obstáculos). Para ela as tarefas de saltos e equilíbrio são as mais difíceis, sendo nestas que revela pequenos receios e maior desmotivação. Desta forma, e procurando sempre respeitar as particularidades da criança, optou-se por trabalhar estas componentes utilizando tarefas onde estas apareciam em segundo plano e nas quais se utilizavam materiais que a M.P. mostrava interesse natural (e.g. trampolim e baloiço).

As atividades nas quais foi possível observar uma maior motivação por parte da M.P. foram as atividades de mesa, tais como jogos de tabuleiro (puzzles, jogos de associação e emparelhamento), desenhos com tintas e canetas, bem como atividades com plasticina. Nas atividades de maior envolvimento motor, como circuitos motores e jogos com bola, verificou-se uma maior dispersão da sua atenção. Apesar disso, com orientação e reforço adequado, foi sendo capaz de levar as tarefas até ao fim, mais facilmente. Para além disso, progressivamente, foi revelando uma maior segurança nas atividades com obstáculos, aceitando realizar tarefas motoras como o caminhar em cima do banco sueco ou saltar por cima de um obstáculo. Deste modo, dada a sua maior motivação por atividades de mesa e a maior tendência para dispersar em atividades de cariz motor, optou-se pela inclusão paralela de ambos os tipos de atividades ao longo das sessões e até pela sinergia dos dois tipos de tarefas. Ou seja, tentou-se criar atividades que fossem ao encontro do seu gosto pelas cores e pelo emparelhamento de formas e que tivessem englobados ao mesmo tempo, o movimento e o equilíbrio. Um exemplo, de uma atividade que a M.P. aderiu muito bem e que queria inclusive repetir constantemente, consistia em estar em cima do baloiço com sapos de várias cores e ir movimentando o baloiço de modo a colocar os sapos em cima das formas, com a respetiva cor e que se encontravam espalhadas no chão. Outras variações foram feitas, por exemplo com saquinhos de cores e números diferentes, mas sempre tentando trabalhar as áreas de desenvolvimento apresentadas como objetivos pedagógico-terapêuticos, de uma forma lúdica, prazerosa e tendo como base uma tipologia de intervenção semi-diretiva.

A intervenção com a M.P. teve sempre implícito o objetivo de organizá-la internamente, ensiná-la a esperar e a pensar sobre as suas ações e a facilitar o estabelecimento de uma relação com o adulto, onde a comunicação teve, obviamente, um papel fundamental. Assim, foi-lhe dada a oportunidade de escolher, em algumas sessões, as atividades que

pretendia realizar, sempre indo de encontro às suas particularidades individuais e maiores dificuldades. As sessões, ao longo do tempo, tornaram-se cada vez mais estruturadas, com o espaço organizado previamente à entrada da criança na sala, procurando ir ao encontro dos seus gostos, de forma a esta dispersar-se o menos possível e aumentar o tempo de concentração nas atividades, ao mesmo tempo que se estimulava globalmente todas as áreas do desenvolvimento. Relativamente à linguagem, em todas as sessões a criança era estimulada, questionada e envolvida num determinado tema de conversa, de modo a desenvolver o seu vocabulário e compreensão e promover a organização e coerência do seu discurso e ideias.

De uma forma geral, as atividades desenvolvidas foram sempre de encontro aos objetivos pré-estabelecidos no plano de intervenção e baseados numa abordagem instrumental e relacional. Foram realizadas atividades motoras, de consciencialização corporal, atividades gráficas, puzzles, atividades de jogo simbólico, entre muitas outras.

2.5. Avaliação Final

A M.P. foi reavaliada em Psicomotricidade aos 4 anos e 9 meses de idade. Esta avaliação teve por base a versão reduzida do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO-2). No entanto, foram também aplicados alguns itens da versão completa que serão identificados na descrição dos resultados, de modo a recolher mais informação.

Tabela 8 – Comparação da Avaliação Inicial e Final com o TPMBO-2

<u>Short Form</u>		Point Score Av. Inicial	Point Score Av. Final
Controlo Motor Fino	Precisão motora fina	2	3
	Integração motora fina	0	0
Coordenação Manual	Destreza manual	2	2
	Coordenação dos membros superiores	0	0
Controlo do Corpo	Coordenação bilateral	1	1
	Equilíbrio	3	4
Força e Agilidade	Agilidade	0	0
Total Point Score		8	10

Durante a avaliação, a M.P. revelou um grande à vontade e realizou as tarefas proposta de forma atenta.

No controlo motor fino, a M.P. apresenta melhorias, apesar de ainda se verificarem dificuldades específicas. Na precisão motora fina, que avalia tarefas que requerem um controlo preciso das mãos, já consegue fazer a pega da tesoura e já faz pequenos movimentos de corte, este item é pertencente à versão completa do instrumento. Também já realiza a tarefa de dobrar o papel percebendo de imediato a instrução que lhe é dada.

Na coordenação manual, a M.P. continua a apresentar resultados baixos. No que diz respeito à destreza manual, mantém uma grande lentidão na execução motora das tarefas. No entanto, revela uma grande concentração e autocontrolo para cumprir as regras das tarefas e executa de forma precisa e cuidada, sendo pontualmente prejudicada pela lentidão de execução. De notar, que continua a apresentar alternância das mãos durante as tarefas.

Quanto às atividades de controlo de bola, que requerem a coordenação dos membros superiores, apesar de a M.P. ainda só conseguir realizar com sucesso a tarefa de lançar a bola ao alvo, já tem a noção e já executa o movimento para apanhar a bola quando esta lhe é lançada. Estes exemplos de exercícios fazem parte da versão completa do TPMBO-2, sendo aqui referidos porque foram tarefas em que se observou uma pequena melhoria da criança na sua execução. No entanto, continua a executar o movimento de forma demasiado lenta o que a impossibilita de ter sucesso na ação. De referir ainda, que a M.P. demonstra já entender naturalmente o que lhe é pedido nas atividades.

No que concerne ao controlo do corpo, foram avaliadas a coordenação bilateral e o equilíbrio, não se verificando grandes alterações. Ao nível da coordenação bilateral, revela ainda dificuldades nas tarefas que requerem coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores. Nas atividades de equilíbrio, também revela algumas dificuldades, apresentando desequilíbrios.

Na força e agilidade, a M.P. revela várias melhorias. Ainda que de forma um pouco descoordenada já é capaz de realizar saltos a pés juntos. Já percebe as indicações para o salto ao pé-coxinho e imita bem a posição, mas ainda não consegue realizar o salto com sucesso. Sendo que a versão reduzida apenas avalia o salto ao pé-coxinho a M.P. continua a manter a cotação do teste anterior, no entanto, tem uma execução muito melhor do salto a pés juntos, que só é avaliado na versão completa do TPMBO-2.

Em suma, e apesar de não se observar uma melhoria absoluta no resultado final do TPMBO-2, do ponto de vista da qualidade da sua prestação motora e, fundamentalmente, ao nível da compreensão das instruções, da concentração e atenção na tarefa podemos verificar a M.P. apresenta evoluções

Resultados Obtidos com a Grelha de observação do comportamento da criança

Ao nível das competências sociais, a M.P. melhorou na sua impulsividade, sendo capaz de se controlar um pouco mais, aguardando pela sua vez para jogar. O seu tempo de permanência na atividade também aumentou ligeiramente, sendo que mantém o gosto pelos mesmos géneros de jogos.

No que respeita aos domínios da linguagem, comunicação e cognição, a M.P. mantém os seus resultados iniciais, revelando boas competências a estes níveis.

Relativamente ao desenvolvimento motor, a M.P. apresenta ligeiras melhorias. Na motricidade fina, já é capaz de fazer triade para segurar no lápis, já tem mais destreza a cortar formas curvas, apesar de ainda não realizar a tarefa com sucesso e já é capaz de pintar melhor que anteriormente, não saindo tanto para fora do contorno da figura. Na motricidade global, já se mostra mais à vontade nas tarefas motoras, mas continua com grandes dificuldades.

Contudo, tanto na avaliação final como ao longo da intervenção foi difícil de qualificar de forma clara, muitos dos comportamentos e estados da M.P. nas sessões. Isto porque, a sua forma de estar, o seu comportamento e interação oscilaram muito. Se numas sessões a M.P. mostrava um desempenho bom nas atividades, estava cooperativa, tinha um comportamento mais ajustado e estruturado e eram visíveis progressos, noutras sessões dava a impressão que esta tinha regredido nas suas aquisições, não realizando tarefas que inicialmente já tinha como adquiridas, estando muito distante, com um discurso pouco perceptível e organizado e com maior ambivalência na relação.

2.6. Conclusões

Em termos gerais, a maioria dos objetivos previamente estabelecidos para a criança foram cumpridos e verificou-se que o M.P teve uma evolução gradual positiva.

Os seus comportamentos tornaram-se mais adequados ao contexto, mostrando-se uma criança mais madura. De facto, é evidente a sua melhoria ao nível da capacidade de manter a atenção e concentração, bem como de compreensão. A M.P. consegue agora

focar-se na tarefa que está a executar, sendo capaz de eliminar a maior parte dos estímulos distráteis circundantes. Também, na compreensão das instruções ou mesmo de uma conversa simples, a M.P. revela evoluções, pois já é capaz de perceber apenas com indicações simples o que lhe é pedido e já tem um discurso mais organizado em resposta ao adulto.

Consequentemente, também ao nível da relação com o outro se verificaram melhorias. A M.P. já é capaz de adequar o seu comportamento à familiaridade com o outro e é mais organizada e pertinente na interação com o adulto.

No entanto, é preciso ter em conta que estas melhorias são observáveis na maioria dos dias, mas que houve alturas e como foi anteriormente referido, que o estado da M.P. mudava bastante, sendo que parecia haver uma regressão nas suas aquisições. Estas fases eram passageiras e por vezes na sessão seguinte a M.P. voltava a mostrar progressos. Estas oscilações no comportamento levaram a uma conversa com os pais e posterior discussão com a médica, depois das quais se inferiu que estas se verificavam nas sessões após crises epiléticas da M.P..

Uma vez que, como foi visto anteriormente, as crises epiléticas são uma disfunção na atividade elétrica do cérebro, resultantes da interrupção ou troca temporária das mensagens cerebrais, podendo mesmo originar a redução da oxigenação do cérebro; por norma na infância afetam gravemente o desenvolvimento podendo causar problemas de atenção e aprendizagem na criança (LPE, 2016). Assim, as crises epiléticas podem servir de justificação para as oscilações comportamentais da M.P..

Pode assim, afirmar-se que a M.P. melhorou em algumas áreas de intervenção e fez aquisições novas. No entanto, estas nem sempre foram claramente notórias devido à condição base da criança. Concretamente, em termos motores, as principais melhorias são observadas ao nível da coordenação motora, do controlo manual fino e do esquema motor.

Apesar do tempo de intervenção ter sido significativo e da sua evolução, a M.P. continua a apresentar dificuldades em várias áreas do desenvolvimento. Neste sentido, continuará em intervenção na psicomotricidade.

3. Estudo de Caso III – Grupo

3.1. Caracterização dos Casos

A intervenção em grupo começou dia 10 de dezembro de 2015 com três crianças - o T.G., o R.B e o A.F. iniciando-se com uma reunião de mães. Contudo, no dia 22 de janeiro de 2016, o M.F. integrou o Grupo, passando este a ser composto por quatro crianças até ao fim da intervenção. O M.F., anteriormente, estava a ser acompanhado em sessões de psicomotricidade individual pela estagiária. De notar que todos os intervenientes deste grupo já se encontravam em intervenção no ano letivo anterior, acompanhados pela psicomotricista responsável. Assim, quando as sessões deste grupo retomaram em dezembro, estavam presentes a estagiária de mestrado, a estagiária de licenciatura e a psicomotricista responsável. Sendo que, com o tempo as estagiárias foram assegurando as sessões do grupo.

A intervenção com o grupo de crianças era acompanhada por uma reunião de mães a cada quatro semanas. O grupo de mães era orientado pela psicomotricista responsável com presença ativa das estagiárias.

As quatro crianças que constituíam o Grupo são caracterizadas de seguida.

T.G.: nasceu a 27 de setembro de 2005, é uma criança do género masculino com 10 anos, frequenta o 4º ano de escolaridade e vai ficar retido no próximo ano, sugerido pela professora e a mãe concorda, pois acham que o T.G. é muito imaturo para transitar. Tem diagnóstico de Perturbação da Hiperatividade, Défice de Atenção e Perturbação do Espectro do Autismo (Síndrome de Asperger), Perturbação de Oposição e Desafio, PCM e Dificuldades de Aprendizagem Globais, com maior incidência na escrita. Tem apoio de educação especial e de terapia da fala, ambos semanalmente, na escola. Vive com a mãe, a irmã de três anos, filha da segunda relação da mãe, e com o padrasto. Os pais são divorciados desde que o T.G. tinha um ano e meio e este não mantém uma relação fácil com o pai. Tem ainda um irmão da parte do pai, fruto sua nova relação com a atual companheira. A mãe é saudável e estudante de sociologia, com 34 anos. O pai também é saudável, tem 36 anos e é técnico de manutenção industrial.

A gravidez do T.G. não apresentou problemas, sendo de referir que a mãe fumou durante toda a gravidez. Teve um desenvolvimento psicomotor dentro dos parâmetros esperados nos primeiros anos, iniciando a marcha e a linguagem dentro do período

adequado, embora se tenham denotado dificuldades cognitivas, principalmente realçadas nas questões académicas.

Passa a semana com a mãe e os fins-de-semana com o pai, mas a mãe queixa-se que quando vai para o pai, não faz os trabalhos da escola e regressa a casa muito agitado.

Desde há 3 anos letivos, frequenta uma vez por semana sessões de Psicomotricidade no Centro de Desenvolvimento da Criança, primeiro individualmente e, desde o último ano letivo iniciou acompanhamento em grupo. As sessões decorrem em contexto grupal, devido a dificuldades na relação interpessoal e nas competências sociais. Apresenta comportamentos de oposição/desafio, dificuldades de aprendizagem globais (especialmente na escrita – disgrafia e disortografia), perturbação da coordenação e dificuldades de equilíbrio. Para além disso, tem tempos de atenção curtos, pouca resistência à frustração, dificuldade em aceitar regras e dificuldade em estar em grupo e na relação com os outros. Se as atividades forem difíceis dispersa-se e resiste. Apresenta ainda, apresenta dificuldades na destreza manual, tem um raciocínio/discurso ideológico e persiste nos temas de seu interesse.

R.B.: nasceu a 21 de julho de 2007, é uma criança do género masculino com 8 anos e 11 meses. Apresenta diagnóstico de PEA, perturbação específica da linguagem e um défice na interação social.

Vive com a mãe de 43 anos, com hepatite C, desempregada, com o pai de 40 anos que salienta que o R.B. é muito parecido com ele e com a irmã de 16 anos, da parte materna, com a qual mantém uma relação conflituosa.

A mãe teve uma gravidez vigiada, sem intercorrências, embora tenha tomado medicação relaxante devido a ataques de pânico. Ao nível do desenvolvimento psicomotor, apresentou atrasos relativamente à fala, contudo a nível motor teve um desenvolvimento dentro dos parâmetros esperados.

Frequenta o 2º ano escolar e tem apresentado evoluções ao nível da autonomia na realização das tarefas. Dispõe de apoio com a própria professora duas vezes por semana. Tem terapia da fala uma vez por semana na escola e no privado. Ainda, tem apoio de educação especial e psicologia, na escola. No CDCTS, frequenta as sessões de PM de grupo, desde o ano letivo passado, tendo iniciado as individuais em 2014.

É uma criança inibida e retraída e apresenta alterações da linguagem, períodos curtos de atenção, insegurança, dificuldade em relatar as tarefas e pouca interação e envolvimento em grupo. Tem ainda alterações do comportamento, dificuldades na comunicação verbal

e não-verbal, interesses mais restritos e dificuldades em algumas mudanças preferindo e sentindo-se mais confortável com a rotina. Para além disso, apresenta alguma dificuldade no controlo da impulsividade e uma lentificação na execução de tarefas.

A.F.: nasceu no dia 25 de agosto de 2007, é uma criança do género masculino, com 8 anos e 10 meses de idade. Apresenta diagnóstico de PHDA, PCM e perturbação emocional.

Vive com a mãe de 36 anos, licenciada em Direito, com problemas asmáticos, com o pai de 39 anos, especialista em vinhos e com os irmãos gémeos, de 6 anos. O pai revê-se no comportamento do A.F., principalmente nas questões académicas.

A mãe teve uma gravidez vigiada sem intercorrências relevantes. O parto foi realizado com ventosa. O seu desenvolvimento psicomotor parecia adequado nos primeiros anos de vida, sendo por volta dos 3/4 anos que se começou a verificar algumas discrepâncias. Frequenta o 3º ano escolar, em Lisboa e tem vindo a apresentar melhorias, tanto na gestão de comportamentos, como a nível de notas e empenho. Para o ano transita para o 4º ano escolar. Tem apoio de educação especial na escola uma vez por semana e PM no CDCTS. Frequenta natação e futebol, mas o A.F. não gosta muito, gostava de ir para os escuteiros, só que não há vagas.

Iniciou intervenção psicomotora individual em 2014 e atualmente frequenta sessões de grupo, desde meados de 2015, nas quais o A.F. Apresenta problemas de comportamento, instabilidade motora, dificuldades de concentração, dificuldades em respeitar e cumprir regras e impulsividade que afetam a sua aprendizagem escolar. Para além disso, possui uma baixa autoestima, antecipando o fracasso de forma ansiosa. São também apontadas algumas questões de foro emocional. Tem dificuldades de organização em grupo (interfere com as brincadeiras/tarefas dos colegas, perturba a dinâmica do grupo) e trabalha sobretudo sozinho. Apresenta ainda dificuldades na coordenação da motricidade fina e na memória de curto prazo.

M.F.: nasceu no dia 5 de abril de 2006, é uma criança do género masculino, com 9 anos. Apresenta diagnóstico de Epilepsia, PHDA e perturbação de oposição e desafio.

Vive com a mãe, o pai e a irmã mais velha. A mãe tem 53 anos, tirou o 12º ano e está desempregada no momento. O pai tem 55 anos de idade, uma licenciatura em economia e atualmente é funcionário das finanças. A irmã tem 17 anos, frequenta um curso profissional e apresenta diagnóstico de paralisia cerebral ligeira.

A gravidez do M.F. foi vigiada, sem problemas. O M.F. foi muito desejado e é muito protegido, com poucas regras.

Presentemente, frequenta o 4º ano de escolaridade, tem natação e apoio educativo uma vez por semana e pratica *karaté* duas vezes por semana. Frequenta, ainda, a Psicomotricidade no CDCTS, em intervenção de grupo, sendo que esteve em intervenção individual desde 2015. Nas sessões de psicomotricidade, desde o início que procura ter um papel de destaque e liderança no grupo, apresentando muitos comportamentos de oposição, com baixa resistência à frustração.

Posto isto, segue-se a avaliação inicial dos elementos que constituem a intervenção de grupo.

3.2. Avaliação Inicial

As quatro crianças que formaram o grupo – T.G., R.B., A.F. e M.F. foram avaliadas através de observação informal e com a Grelha de Observação das Relações entre os Pares, no dia 28 de janeiro e 04 de fevereiro de 2016. Em seguida apresentam-se os resultados dessa avaliação.

Tabela 9 - Avaliação Inicial com a Grelha de Observação das Relações entre Pares

	T.G.	R.B.	A.F.	M.F.
Envolvimento				
Quando não está a brincar observa as outras crianças	-	+	+	-
Prefere os pares ao adulto	+	-	-	+
Parece não estar ciente das iniciativas dos outros	+	+	+	+/-
Envolve-se em respostas ou trocas simples com os pares	+	+/-	+	+/-
Realiza jogo com inversão de papéis	-	-	-	-
Propósito de Iniciação				
Obtém a atenção dos outros	+	+/-	+/-	+
Adquire materiais dos outros	+	-	-	+
Recebe e dá afeto	-	+	+/-	-
Sucesso na Iniciação				
Resposta dos pares à iniciação	+	-	+/-	+
Regulação Emocional				
Revela ansiedade quando abordado por outros	+	+	-	+
Rejeita a aproximações sociais	+	+/-	+/-	+
Brinca com entusiasmo e expressividade	+	+	+	+
Zanga-se e fica hostil na interacção com os pares	+	+	+/-	+
Oscila entre aproximações e afastamentos no jogo com os outros	+	+/-	+/-	+
Responde positivamente às interacções com os pares mas com atraso na resposta	+	+/-	+/-	+

Interações, com os pares, rápidas e sem grande pensamento	+	+	+	+
Desorganiza-se e zanga-se na interação com os pares	+	+/-	-	+/-
Acalma-se num período de tempo razoável, depois de zangada	+	+	+/-	+
Regras Sociais				
Percebe as regras da sala	+/-	+	+	+/-
Reconhece que as outras crianças têm diferentes habilidades e ajusta-se a essas diferenças	-	+	+	-
Varia o tipo de interação conforme a familiaridade com os pares	-	+	-	-
Reconhece os pontos de vista dos outros	-	+/-	+	-
Realiza julgamentos acerca de consequências	-	-	-	-
<u>Legenda:</u> o sinal (+) corresponde a afirmação verdadeira; sinal (-) corresponde a afirmação falsa; sinal (+/-) corresponde a afirmação que ocorre às vezes				

Tabela 10 - Continuação da Avaliação Inicial com a Grelha de Observação das Relações entre Pares

		T.G.	R.B.	A.F.	M.F.
Adaptabilidade					
Demonstração de interesse	Interrompe o outro	X	X	X	X
	Verbaliza	X	X	X	X
	Sorri		X	X	
Resposta à frustração	Irrita-se	X			X
	Muda se assunto	X			
	Isola-se			X	
Interações Sociais com o Facilitador					
Reações às solicitações/limites	Fica irritado	X			X
	Ignora	X			X
	Aceita		X	X	
Interação Social com os Pares					
Participação no jogo Gestão do conflito	Inicia e dirige	X			X
	Segue a liderança de outras crianças		X	X	
	Estratégias físicas		X		X
	Estratégias verbais	X	X	X	

T.G.: Começando por analisar a criança no envolvimento, constata-se que o T.G. não consegue ficar a observar outras crianças, prefere os adultos aos pares e, por vezes, demonstra não estar consciente das iniciativas dos outros. Quando joga com os colegas, às vezes envolve-se em respostas ou trocas simples, mas não participa em jogos de inversões de papéis, principalmente quando envolve negociações. Quanto ao propósito de iniciação, é de reparar que o T.G. é uma criança que consegue captar a atenção dos outros, adquirir materiais/brinquedos dos outros, consegue parar a ação/atividade dos pares e propõe brincadeiras. Não se nota que seja uma criança de afetos, tanto ao nível

de dar como de receber. Contudo, por vezes consegue receber informações dos pares, pede permissão a outras crianças e envolve-se no contato social na maioria das vezes.

No que diz respeito ao sucesso de iniciação, mostra-se uma criança com comportamentos pouco regulares. Em algumas ocasiões os pares respondem aos seus pedidos, criando empatia e respondendo prontamente para a iniciação de propostas sociais.

Quanto à regulação emocional, o T.G. revela-se uma criança ansiosa quando é abordada por outros, demonstrando-o por meio de gestos, expressões faciais ou afastamentos. É uma criança que às vezes rejeita aproximações sociais pelos pares, se torna hostil ou fica zangada na interação com os colegas, apresentando oscilações nas aproximações e afastamentos perante as outras crianças em situações de jogo. Apesar de, por vezes, se desorganizar e ficar zangado com os pares, por norma, consegue acalmar-se dentro de um período de tempo razoável. Costuma brincar com entusiasmo e expressividade considerável e as interações com os pares parecem ocorrer rapidamente, sem grande pensamento, mas com atraso na resposta. Por vezes responde positivamente, retribuindo de forma razoável às iniciativas dos pares.

Relativamente à partilha de entendimentos e regras sociais, o T.G. nem sempre percebe as regras da sala, não reconhece que as outras crianças têm diferentes habilidades e não se consegue ajustar a essas diferenças, não consegue variar o tipo de interação conforme a familiaridade com os pares, não reconhece os pontos de vista dos outros e não realiza julgamentos acerca de consequências.

No que concerne ao jogo de faz de conta, o T.G. revela uma grande imaginação e mostra-se adepto de jogos fantasiosos com temas do seu interesse. Por norma, entra facilmente num mundo de fantasia de espadas, vulcões e dragões começando um discurso ininterrupto, perdendo a noção do envolvimento, de notar que fica nesta espiral de fantasia sozinho, não procurando um jogo de faz de conta com o outro. Nos eventos diários, demonstra tanto por ações como descrições o conhecimento básico de temas partilhados que envolvam o dia-a-dia de coisas similares com outras crianças do grupo. Mas nem sempre consegue, na descrição dos eventos, ter uma sequência temporal bem desenvolvida.

O T.G. é especialmente ativo no início das sessões, apresentando um nível de agitação motora bastante elevado 5 (numa escala de 0 a 5). Quanto à adaptabilidade, demonstra interesse verbalizando e interrompendo o outro. Como resposta à frustração, tendencialmente irrita-se e muda de assunto. Ao nível da motivação, numa escala de 0 a

5 apresenta 1 como resultado tanto a nível da frequência com que pede ajuda, como na organização de resolução de problemas.

Relativamente às interações sociais com o facilitador, o T.G. tem frequentemente uma postura evasiva, não respondendo direta e prontamente às questões colocadas por este, também quando o facilitador intervém estabelecendo limites tem tendência a ficar irritado ou a ignorar o que lhe é dito. No entanto, tem várias vezes a iniciativa de interação com o facilitador, procurando o contacto e a relação com ele.

Quanto à interação social com os pares, o T.G. participa com as outras crianças no jogo tentando a maior parte das vezes iniciar e dirigir o jogo. Na gestão de conflitos, utiliza algumas estratégias verbais. Geralmente participa independentemente, sem consciência do grupo e demonstra mais interação social com o adulto.

R.B.: No que concerne ao envolvimento, o R.B. observa muito as atividades dos pares quando não está a brincar ativamente, mas às vezes parece não estar ciente das iniciativas dos outros. É uma criança que demonstra preferência pelo adulto nas brincadeiras. Quando joga com os pares, por vezes consegue envolver-se em respostas ou trocas simples e breves, não apresentando envolvimento em jogos de inversões de papéis durante jogos sociais, nem num jogo social fingido.

Quanto ao propósito de iniciação, é uma criança que não tem iniciativa de ação e que não adquire materiais dos outros. Por vezes consegue captar a atenção dos pares e parar uma ação ou atividade. É uma criança que frequentemente recebe e dá afetos, principalmente ao adulto, pontualmente consegue receber informações dos pares e pede permissão a outras crianças. Geralmente envolve-se no contacto social e propõe brincadeiras. Relativamente ao sucesso de iniciação, raramente obtém respostas dos pares face aos seus pedidos.

No que diz respeito à regulação emocional, o R.B. revela-se ansioso quando abordado por outros. Às vezes rejeita aproximações sociais pelos pares, mas brinca com entusiasmo e expressividade considerável e, por vezes, também se mostra zangado na interação com os pares. Esporadicamente rodeia os outros em situação de jogo com oscilações entre afastamentos e aproximações e igualmente, por vezes, responde de forma positiva, retribuindo as iniciativas dos pares. As respostas que a criança dá aos pares não apresentam atraso de resposta e as interações com os pares parecem ocorrer rapidamente e sem grande pensamento.

Quanto à partilha de entendimentos, especificamente no que diz respeito às regras sociais, a criança mostra compreender as regras da sala e reconhecer que os pares têm diferentes habilidades e ajusta-se a estas diferenças, reconhecendo pontualmente os pontos de vista dos outros. Varia o tipo de interação conforme a familiaridade com os pares, mas não realiza julgamentos acerca das consequências.

A complexidade e diversidade no jogo do faz de conta que o R.B. apresenta, é muito heterogênea, sendo que nem sempre consegue entrar em jogos deste gênero. O R.B. faz descrição de eventos diários com uma sequência temporal bem desenvolvida. Para além disso, mostra tanto por ações como descrições o conhecimento básico de temas partilhados que envolvem o dia-a-dia de coisas similares com outras crianças do grupo.

Quanto ao nível de atividade, geralmente apresenta-se mais ativo a meio da sessão, apresentando um nível de agitação motora de 2, numa escala de 0 a 5. Quando pretende demonstrar que tem interesse ou não numa atividade, costuma verbalizar, sorrir ou interromper os colegas.

Na iniciativa de resolução de problemas, o R.B. apresenta um valor de 3, numa escala de 0 a 5, tanto a nível da frequência com que costuma pedir ajuda, como a nível da sua organização na resolução de problemas.

Quanto às interações com o facilitador, a criança por norma responde às questões colocadas pelo facilitador e toma iniciativa de interação, apresentando reações de aceitação face às solicitações do facilitador.

Na interação com os pares geralmente quando participa, segue a liderança de outra criança e apresenta estratégias verbais e físicas na gestão de conflitos. Quando tem necessidade de apoio por parte do adulto para a manutenção da sua participação na atividade, costuma reclamar atenção. Por fim, é de salientar que o R.B. mostra maior interação com o adulto do que com os pares.

A.F.: No que concerne ao envolvimento, o A.F. é uma criança que observa as atividades dos pares quando não está a brincar ativamente com materiais, mas às vezes parece não estar ciente das iniciativas dos outros. Demonstra preferência pelo adulto nas brincadeiras em detrimento de outras crianças. Quando joga com os pares, por vezes consegue envolver-se em respostas ou trocas simples e breves, não apresentando envolvimento em jogos de inversões de papéis durante jogos sociais, nem num jogo social fingido.

Quanto ao propósito de iniciação, o A.F. não adquire materiais dos outros, mas por vezes consegue captar a sua atenção e parar uma ação ou atividade. Apresenta-se como uma criança que em certas ocasiões consegue receber e dar afetos, principalmente ao adulto, pontualmente consegue receber informações dos pares e pede permissão a outras crianças. Geralmente envolve-se no contacto social e propõe brincadeiras. Relativamente ao sucesso de iniciação, às vezes obtém respostas dos pares face aos seus pedidos, os pares pontualmente respondem com esforço para ganhar a atenção da criança, e por vezes respondem prontamente para a iniciação de propostas sociais.

No que diz respeito à regulação emocional, o A.F. não se revela ansioso quando abordado por outros, no entanto, às vezes rejeita aproximações sociais pelos pares. Brinca com entusiasmo e expressividade considerável e raramente se mostra zangado com a interação com os pares. Esporadicamente rodeia os outros em situação de jogo com oscilações entre afastamentos e aproximações e igualmente por vezes responde de forma positiva, retribuindo as iniciativas dos pares. As respostas que a criança dá aos pares não apresentam atrasos de resposta. O A.F. não se desorganiza e geralmente não fica zangado durante as interações com os outros, sendo que, as interações com os pares parecem ocorrer rapidamente e sem grande pensamento.

No que diz respeito às regras sociais, o A.F. parece compreender as regras da sala e reconhecer que os pares têm diferentes habilidades e ajusta-se a estas diferenças, reconhecendo pontualmente os pontos de vista dos outros. Mas não varia o tipo de interação conforme a familiaridade com os pares e não realiza julgamentos acerca das consequências.

A complexidade e diversidade no jogo do faz de conta que o A.F. apresenta mostra-se muito heterogénea, pois só de vez em quando consegue entrar em jogos deste género. Faz descrição de eventos diários com uma sequência temporal bem desenvolvida. Para além disso, mostra tanto por ações como descrições o conhecimento básico de temas partilhados que envolvam o dia-a-dia de coisas similares com outras crianças do grupo. Quanto ao nível de atividade, geralmente apresenta-se mais ativo a meio da sessão, apresentando um nível de agitação motora de 3, numa escala de 0 a 5. Quando pretende demonstrar que tem interesse ou não numa atividade, costuma verbalizar, sorrir ou interromper os colegas. A sua resposta à frustração geralmente corresponde ao isolamento.

Na iniciativa de resolução de problemas, o A.F. apresenta um valor de 2, numa escala de 0 a 5, tanto a nível da frequência com que costuma pedir ajuda, como a nível da sua organização na resolução de problemas.

Quanto às interações com o facilitador, por vezes responde a questões colocadas pelo facilitador e toma iniciativa de interação, apresentando reações de aceitação face às solicitações do facilitador.

Na interação com os pares geralmente, quando participa segue a liderança de outra criança e apresenta estratégias verbais na gestão de conflitos. Quando tem necessidade de apoio por parte do adulto para a manutenção da sua participação na atividade, costuma reclamar atenção. Por fim, é de salientar que o Afonso mostra maior interação com o adulto do que com os pares.

M.F.: Começando por analisar a criança no envolvimento, observa-se que o M.F. não consegue ficar a observar outras crianças quando não está a brincar de forma ativa, prefere os colegas aos adultos, mas por vezes demonstra não estar consciente das iniciativas dos outros. Quando joga com os pares, às vezes envolve-se em respostas ou trocas simples, não participa em jogos de inversões de papéis e não se envolve num jogo social fingido, principalmente quando envolve negociações. Quanto ao propósito de iniciação, é de reparar que o M.F. é uma criança que consegue captar a atenção, os materiais/brinquedos dos outros, consegue parar a ação/atividade dos pares e propõe brincadeiras, procurando assumir um papel de líder. Não se nota que seja uma criança de afetos, tanto ao nível de dar como de receber. Por vezes consegue receber informações dos pares, pede permissão a outras crianças e envolve-se no contato social na maioria das vezes.

No que diz respeito ao sucesso de iniciação, revela sempre iniciativa. Às vezes os pares respondem aos seus pedidos e criam empatia com os pedidos. Também por vezes os pares respondem ao M.F. com esforço para ganhar a atenção deste e respondem prontamente para a iniciação de propostas sociais.

Quanto à regulação emocional, o M.F. mostra-se por vezes ansioso quando abordado por outros, demonstrando-o por meio de gestos e expressões faciais. É uma criança que normalmente rejeita aproximações sociais pelos pares, que se torna hostil ou fica zangada na interação com estes e que apresenta oscilações nas aproximações e afastamentos perante as outras crianças em situações de jogo. Costuma brincar com entusiasmo e expressividade considerável e as interações com os colegas parecem

ocorrer rapidamente, mas com atraso na resposta. Por vezes responde positivamente, retribuindo às iniciativas dos pares. As interações com os pares ocorrem rapidamente e sem grande pensamento. A criança às vezes desorganiza-se e fica zangada com os pares, mas torna-se calma depois de um período de tempo razoável. Esta situação também se verifica com os adultos, sendo que o M.F. fica muito zangado quando contrariado ou chamado à atenção.

No que concerne ao jogo de faz de conta, o M.F. mostra conseguir entrar bem neste género de jogo, com ações simples. Nos eventos diários, a criança demonstra tanto por ações como descrições o conhecimento básico de temas partilhados que envolvem o dia-a-dia de coisas similares com outras crianças do grupo. Na descrição dos eventos tem sempre uma sequência temporal bem desenvolvida.

O maior período de nível de atividade do M.F. situa-se no início das sessões, no entanto mantém-se ao longo da sessão apresentando um nível de agitação motora bastante elevado 5 (numa escala de 0 a 5). Quanto à adaptabilidade, demonstra interesse ou retraimento verbalizando e interrompendo o outro. Como resposta à frustração, tendencialmente irrita-se e amua. Ao nível da motivação, numa escala de 0 a 5 apresenta 1 como resultado tanto a nível da frequência com que pede ajuda, como na organização de resolução de problemas.

Relativamente às interações sociais com o facilitador, o M.F. tem uma postura um pouco ambivalente, por vezes responde bem e prontamente às questões colocadas pelo facilitador, no entanto, noutras ocasiões foge a estas e adota comportamentos de oposição-desafio. Contudo, em muitos casos é o próprio que estabelece a interação, mostrando vontade e iniciativa para o contacto com o facilitador. No que diz respeito às suas reações aquando do estabelecimento de limites ou chamadas de atenção por parte do facilitador, o A.F. tende a reagir mal, irritando-se bastante e/ou ignorando o que lhe é dito.

Quanto às interações sociais com os pares, é uma criança que inicia e dirige o jogo, tem dificuldades em partilhar ou reagir aos sentimentos dos outros, tem dificuldades na gestão de conflitos, recorrendo maioritariamente a estratégias físicas para a sua resolução e que ocasionalmente precisa de reforço do adulto para se manter em grupo, pois que por norma participa independentemente sem consciência do grupo.

1.1. Plano de Intervenção Terapêutico-Pedagógico

Duração: 7 meses.

Periodicidade: uma vez por semana, 5ªs feiras das 14h30 às 15h30.

Divisão das Sessões: (1) Intervenção Psicomotora – de 10/12/2015 até 20/06/2016 (2) Avaliação Inicial – 28 de janeiro e 04 de fevereiro (Grelha de Observação das Relações entre os Pares); (3) Avaliação Final – 10 e 17 de março (Grelha de Observação das Relações entre os Pares).

Tabela 11 - Objetivos do T.G., R.B., A. F. e M.F.

Domínios do Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais
Social	Promover o desenvolvimento das competências sociais e interpessoais	Melhorar a autorregulação de comportamentos	<ul style="list-style-type: none">- Ser capaz de reconhecer as ações que afetam os pares, pedindo desculpa, sem necessidade de solicitação por parte da terapeuta;- Ser capaz de respeitar a maioria das regras de uma atividade, podendo ser lembrado das mesmas pela terapeuta;- Ser capaz de tolerar as derrotas ou insucessos, de forma adequada às situações, podendo a terapeuta facultar apoio;- Ser capaz de diminuir comportamentos de impulsividade, mantendo-se na atividade, podendo a terapeuta solicitar uma vez a regulação destes;- Ser capaz de diminuir comportamentos de oposição e desafio, acedendo às solicitações da

			<p>terapeuta, podendo esta solicitar uma vez a regulação dos mesmos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de conter os comportamentos de instabilidade motora, mantendo-se na atividade, podendo a terapeuta solicitar uma vez a sua contenção.
		Aumentar a tomada de consciência do outro	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de esperar pela sua vez numa atividade, sem ajudas verbais da terapeuta; - Ser capaz de verbalizar sentimentos/emoções do outro, de forma coerente, quando questionado pela terapeuta; - Ser capaz de partilhar os objetos durante a interação com a terapeuta e/ou pares.
Cognitivo	Promover o desenvolvimento as competências cognitivas	Desenvolver a atenção	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma, sem ajudas verbais da terapeuta; - Ser capaz de verbalizar uma atividade, após a explicação da mesma pela terapeuta, sem ajudas verbais.
		Desenvolver as capacidades de planeamento	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de verbalizar o que pretende realizar, quando questionado pela terapeuta, antes da realização.

1.1. Intervenção Psicomotora

A intervenção em grupo, de modo geral, objetiva possibilitar às crianças um conjunto de experiências muito ricas e conseqüentemente, poderá resultar numa melhoria das suas dificuldades relacionais e da comunicação na interação social.

O planeamento das sessões, feito semanalmente, tinha bastante flexibilidade no que diz respeito às atividades propostas, isto, para possibilitar uma participação mais ativa das crianças na tomada de decisões durante a sessão. Assim estas tinham espaço para pensar e se expressar, o que contribuiu para a sua organização interna e enquanto grupo, ao longo do tempo. E também para ir ao encontro dos interesses e desejos das crianças e assim, envolvê-las mais no processo de intervenção, tornando-o mais prazeroso.

Contudo, a estrutura das sessões foi permanecendo sempre muito semelhante, iniciando-se com um ritual e conversa iniciais, passando depois à(s) atividade(s) propriamente dita(s) e terminando com um diálogo e ritual finais. Esta estrutura tem um papel de extrema importância pois permite que se criem rotinas e que as crianças se organizem internamente.

As sessões de psicomotricidade em grupo basearam-se numa abordagem de natureza quer de cariz instrumental, quer relacional. Assim foram realizadas atividades muito variadas que incluíram: jogos de regras, de cooperação, sensoriomotores, simbólicos, atividades expressivas, de representação do corpo, rítmicas e de expressão gráfica e plástica, entre outras. Relativamente às estratégias utilizadas, recorreu-se muitas vezes à verbalização, à demonstração, à repetição, e à utilização de reforços positivos nas atividades. Sendo que, as crianças do Grupo, de uma forma geral, aderiram e mostraram-se quase sempre recetivas às tarefas propostas, evoluindo cada vez mais para uma postura participativa nas sessões.

De referir ainda que, mensalmente, no horário da sessão de grupo se realizava um grupo de mães, orientado pela psicomotricista responsável, com as mães dos meninos do grupo, onde se discutiam diferentes temas, nomeadamente, as suas preocupações e a perceção do impacto da intervenção. Nestas reuniões discutiram-se, ainda, dicas sobre o modo de lidar com o comportamento da criança e promover o seu desenvolvimento. Desta forma, as famílias, neste caso específico as mães, mantiveram também sempre um papel ativo e de interesse ao longo da intervenção.

No mês de março de 2016, após cerca de 5 meses de intervenção, as estagiárias voltaram a realizar uma avaliação informal de cada criança, através de um registo de informações com o mesmo instrumento utilizado inicialmente. O ponto seguinte apresenta os resultados obtidos nesta avaliação final.

1.2. Avaliação Final

A avaliação final foi realizada a 10 e 17 de março de 2016 e teve por base o mesmo instrumento utilizado na avaliação inicial. Esta avaliação traduz uma análise da comparação dos resultados em termos qualitativos, parâmetro a parâmetro.

Tabela 12 - Comparação da Avaliação Inicial e Final com a Grelha de Observação das Relações entre Pares

	T.G.		R.B.		A.F.		M.F.	
	A.I	A.F	A.I	A.F	A.I	A.F	A.I	A.F
Envolvimento								
Quando não está a brincar observa as outras crianças	-	=	+	=	+	=	-	↑
Prefere os pares ao adulto	+	=	-	=	-	↑	+	=
Parece não estar ciente das iniciativas dos outros	+	=	+	↑	+	↑	+/-	=
Envolve-se em respostas ou trocas simples com os pares	+	=	+/-	↑	+	=	+/-	↑
Realiza jogo com inversão de papéis	-	↑	-	↑	-	=	-	↑
Propósito de Iniciação								
Obtém a atenção dos outros	+	=	+/-	↑	+/-	↑	+	=
Adquire materiais dos outros	+	=	-	=	-	=	+	=
Recebe e dá afeto	-	=	+	↑	+/-	=	-	=
Sucesso na Iniciação								
Resposta dos pares à iniciação	+	=	-	↑	+/-	=	+	=
Regulação Emocional								
Revela ansiedade quando abordado por outros	+	↑	+	↑	-	↑	+	↑
Rejeita a aproximações sociais	+	↑	+/-	↑	+/-	↑	+	↑
Brinca com entusiasmo e expressividade	+	=	+	↑	+	=	+	=
Zanga-se e fica hostil na interação com os pares	+	↑	+	=	+/-	=	+	↑
Oscila entre aproximações e afastamentos no jogo com os outros	+	=	+/-	=	+/-	=	+	=
Responde positivamente às interações com os pares mas com atraso na resposta	+	=	+/-	↑	+/-	=	+	=
Interações, com os pares, rápidas e sem grande pensamento	+	=	+	=	+	=	+	=
Desorganiza-se e zanga-se na interação com os pares	+	=	+/-	↓	-	=	+/-	=
Acalma-se num período de tempo razoável, depois de zangada	+	=	+	=	+/-	=	+	=

Regras Sociais									
Percebe as regras da sala	+/-	↑	+	↑	+	=	+/-	↑	
Reconhece que as outras crianças têm diferentes habilidades e ajusta-se a essas diferenças	-	=	+	=	+	=	-	=	
Varia o tipo de interação conforme a familiaridade com os pares	-	=	+	=	-	=	-	=	
Reconhece os pontos de vista dos outros	-	=	+/-	=	+	=	-	=	
Realiza julgamentos acerca de consequências	-	=	-	=	-	=	-	=	
Legenda: o sinal (+) corresponde a afirmação verdadeira; sinal (-) corresponde a afirmação falsa; sinal (+/-) corresponde a afirmação que ocorre às vezes; sinal (↑) significa que melhorou; sinal (↓) significa que piorou; sinal (=) significa que se mantém igual									

Tabela 13 - Continuação da Comparação da Avaliação Inicial e Final com a Grelha de Observação das Relações entre Pares

		T.G.		R.B.		A.F.		M.F.	
Adaptabilidade		A.I	A.F	A.I	A.F	A.I	A.F	A.I	A.F
Demonstração de interesse	Interrompe o outro	X	X↑	X	X	X	X	X	X↑
	Verbaliza	X	X	X	X	X	X	X	X
	Sorri			X	X	X	X		
Resposta à frustração	Irrita-se	X	X↑					X	X↑
	Muda se assunto	X							
	Isola-se					X			
Interações Sociais com o Facilitador									
Reações às solicitações/limites	Fica irritado	X	X↑					X	X↑
	Ignora	X						X	
	Aceita			X	X	X	X		
Interação Social com os Pares									
Participação no jogo Gestão do conflito	Inicia e dirige	X	X				X	X	X
	Segue a liderança de outras crianças			X	X	X			
	Estratégias físicas			X	X			X	X
	Estratégias verbais	X	X	X	X	X	X		
Legenda: o sinal (X↑) significa que se verifica o comportamento, mas com uma melhoria									

T.G.: O T.G. mostra-se menos ansioso quando abordado pelos outros, não rejeita tão frequentemente as aproximações sociais, não se zanga tanto e desorganiza-se cada vez menos durante as interações com os pares. O T.G. melhorou ainda, o seu envolvimento em respostas ou trocas simples e breves, no jogo com inversão de papéis e no jogo social fingido. Os resultados em relação à obtenção de atenção dos outros, o adquirir materiais, e, ainda, o responder de forma positiva às interações, mas com um atraso na resposta mantiveram-se iguais.

Relativamente à partilha de entendimentos e regras sociais, o T.G. passou a respeitar mais as regras da sala. Baixou o seu nível de agitação motora para um 4 (numa escala de 0 a 5), sendo que o seu pico de energia continua a ser no início da sessão, diminuindo com o tempo. Quanto à adaptabilidade, já se consegue controlar melhor, não interrompendo tanto o outro. Como resposta à frustração, já não se irrita tanto como anteriormente e ao nível da motivação, também melhorou, apresentando agora, uma pontuação de 2 (numa escala de 0 a 5), como resultado tanto na frequência com que pede ajuda, como na organização de resolução de problemas.

R.B.: Na relação com os pares, o R.B. manteve na sua participação, respostas ou trocas simples e breves, a zanga ou hostilidade durante as interações com os pares, as respostas positivas e a demonstração de ações de acontecimentos básicos. Por outro lado, diminuiu os momentos em que está sem brincar, fica menos ansioso quando abordado pelos outros, não rejeita com tanta frequência as aproximações sociais e responde de forma positiva às interações dos pares com um menor atraso na resposta. Para além disto, o R.B. envolve-se mais em inversões de papéis e no jogo social fingido, dá e obtém mais afeto, pede mais vezes permissão a outras crianças, envolve-se mais no contacto social, propõe com mais frequência atividades conjuntas e já apresenta iniciativa de ação. Igualmente, já demonstra estar mais ciente das iniciativas dos outros e já consegue captar a atenção dos colegas. Os pares respondem, reconhecem e respeitam os seus pedidos de ajuda, de intervenção e de atenção, brinca com maior entusiasmo e expressividade, as interações com os pares ocorrem de forma mais rápida, também já revela maior consciência das consequências e compreende melhor as regras da sala. Porém, verifica-se que a criança fica mais vezes zangada e desorganizada durante as interações sociais.

Quanto ao nível de atividade, o período mais ativo continua a ser a meio da sessão, mas com um nível de agitação motora de 3, numa escala de 0 a 5, estando mais ativo e participativo nas atividades.

A.F.: O A.F. ao nível do receber e dar afetos, do contacto social, do propor brincadeiras, da interação com o facilitador e do nível de atividade mantém os seus resultados. Também continua sem se revelar ansioso quando abordado pelos colegas, a brincar com entusiasmo e expressividade, a compreender as regras da sala, a raramente se zangar na interação com os pares e a reconhecer que estes têm diferentes habilidades, ajustando-se

a essas diferenças. Por outro lado, melhorou em vários aspetos, como, no estar mais consciente das iniciativas dos outros, o passar a brincar mais com os pares, reduzindo a preferência e procura pelo adulto, o conseguir captar mais a atenção das outras crianças, o reduzir a rejeição de aproximações sociais pelos pares, o tentar assumir um papel de maior destaque e liderança aquando das brincadeiras com os colegas e a isolar-se menos como resposta à frustração. Por fim, também o seu nível de iniciativa à resolução de problemas melhorou, passando de um 2 para um 3, numa escala de 0 a 5. Sendo que, a grande diferença observável prende-se com a maior capacidade de parar e pedir ajuda quando necessário para a resolução de conflitos.

M.F: No que diz respeito à regulação emocional o M.F. mostra-se menos ansioso quando abordado pelos outros, não rejeita tão frequentemente as aproximações sociais, já é capaz de observar as outras crianças por períodos curtos de tempo, não se zanga tanto e desorganiza-se cada vez menos durante as interações com os pares. O M.F. melhorou ainda, o seu envolvimento em respostas ou trocas simples e breves, no jogo com inversão de papéis e no jogo social fingido. Os resultados em relação ao captar a atenção dos outros, o adquirir materiais, o propor brincadeiras, o brincar com entusiasmo, o ter um papel de líder, o não ser afetuoso e, ainda, o responder de forma positiva às interações, mas com um atraso na resposta mantiveram-se iguais.

Relativamente à partilha de entendimentos e regras sociais, o M.F. passou a respeitar mais as regras da sala. Baixou o seu nível de agitação motora para um 4 (numa escala de 0 a 5), continuando a manter o mesmo nível de energia ao longo da sessão. Quanto à adaptabilidade, já se consegue controlar melhor, não interrompendo tanto o outro e como resposta à frustração, já não se irrita, nem amua tanto como anteriormente. Também ao nível da interação com o facilitador foram observadas melhorias, o M.F. já não apresenta tantos comportamentos de oposição-desafio, não se irritando tanto ou ignorando o que lhe é dito. Pelo contrário, já aceita melhor a imposição de limites por parte do facilitador.

3.6. Conclusões

Em termos gerais, os objetivos previamente estabelecidos para o grupo foram cumpridos e verificou-se que todos os elementos tiveram uma evolução positiva.

Em todas as crianças foi possível verificar uma melhoria na frequência de determinados comportamentos, sendo que aumentaram a frequência dos mais adequados e diminuíram a frequência dos menos adequados. Todas as crianças evoluíram de forma muito positiva, no que ao seu desenvolvimento global diz respeito, isto fundamentalmente devido às experiências sociais, mas também motoras que vivenciaram ao longo da intervenção.

O que vai ao encontro da literatura, que afirma que, para além de todos os objetivos psicomotores desenvolvidos em intervenção individual, na intervenção em grupo, é possível trabalhar o comportamento, a relação entre pares e as competências sociais, nomeadamente, o autocontrolo, a expressividade emocional, a empatia, a assertividade, a solução de problemas interpessoais e as aptidões sociais académicas (Del Prette e Del Prette, 2005).

Em termos de competências sociais, foi evidente a melhoria em aspetos como a cooperação, o espírito de equipa, o respeito pelas regras, a comunicação, a partilha, entre outras. Sendo que, se verificou uma diminuição geral dos comportamentos de oposição-desafio, indiferença, rejeição e isolamento. Foi possível verificar ainda que, as crianças alteraram progressivamente a sua atitude, passando de mais inibidas e ao mesmo tempo irrequietas para crianças mais espontâneas e organizadas em termos de comportamento. A relação entre as crianças e entre estas e as estagiárias também evoluiu significativamente, culminando numa relação segura e baseada na confiança.

A participação e o envolvimento ativo da família, a sua presença nas reuniões mensais nas quais eram partilhadas evoluções e preocupações das crianças foi uma mais-valia para estas mães, que não só aprenderam muito com os testemunhos umas das outras como perceberam que não estão sozinhas a enfrentar certas dificuldades. Assim, quando a intervenção terminou, todas mostraram interesse na continuação do trabalho desenvolvido para o próximo ano letivo, após uma interrupção para férias, que coincide com as férias escolares.

Dificuldade e Limitações

O trabalho desenvolvido no CDCTS possibilitou a aquisição de experiências e vivências muito enriquecedoras que resultaram numa aprendizagem de competências não só profissionais, mas também pessoais. Contudo, esta aprendizagem não advém unicamente de fatores positivos, incluindo igualmente dificuldades que foram surgindo ao longo de todo este processo.

Desde o início que tinha um especial interesse em ingressar num estágio em contexto hospitalar e de intervir junto de crianças, por constituírem um contexto e um grupo etário com os quais não tinha ainda tido a oportunidade contactar, e simultaneamente, serem áreas que desde sempre despertaram o meu interesse. Apesar de, inicialmente pensar que iria também intervir ao nível da intervenção precoce, tal acabou por não acontecer, pois a maioria das crianças encaminhadas para a intervenção psicomotora ultrapassam a faixa etária que diz respeito a essa área, o que constituiu uma pequena desilusão. No entanto, o estágio acabou por me surpreender de forma positiva., pois de facto, o contacto com as crianças, assim como com diferentes técnicos de diversas áreas de saúde, em simultâneo, revelou-se muito estimulante e conferiu-me maior versatilidade, permitindo que adquirisse experiência noutras áreas de intervenção psicomotora e também conhecimentos em áreas complementares. Desta forma, tive a confirmação do gosto que tenho em trabalhar com esta população e neste tipo de contexto.

O número elevado de casos referenciados constantemente para intervenção psicomotora, indicador da importância que os profissionais de saúde colocam neste tipo de abordagem, geraram uma oportunidade de maior autonomia de trabalho, maior confiança nas minhas competências e uma maior capacidade de resolução de problemas. Com o passar do tempo, fui-me sentido cada vez mais capaz de resolver determinadas situações mais autonomamente e de lidar com os obstáculos e limitações que iam surgindo de forma mais positiva e natural. Desta forma, pude constatar que ao longo do tempo evoluí e melhorei, podendo afirmar que esta conjuntura contribuiu largamente para o meu autoconhecimento enquanto profissional. No entanto, o acréscimo de funções e consequente carga de trabalho levou a que, por vezes, sentisse a minha capacidade de resposta limitada, o que gerou alguma angústia e uma certa desmotivação, e, por conseguinte, uma dificuldade para me manter constantemente

motivada e empenhada na componente mais burocrática. Contudo, a prática diária com as crianças, foi sempre motivo de entusiasmo.

No CDCTS, um dos instrumentos de avaliação disponíveis e mais utilizado no âmbito da intervenção psicomotora, é o TPMBO-2, o que constituiu uma dificuldade por diferentes razões. Primeiramente, devido à minha falta de prática na sua aplicação e como desde cedo comecei a realizar avaliações sozinha, surgiram inicialmente algumas dúvidas e inseguranças se estaria a fazer a aplicação de modo totalmente correto, mas rapidamente me adaptei ao instrumento e adquiri prática e naturalidade na sua aplicação. Neste processo, também pude contar com a ajuda da Dra. Joana que me corrigia e alertava para certos pormenores a ter em conta. Apesar de ser um instrumento que nos permite uma boa perceção do desenvolvimento motor da criança em todos os subdomínios e num espectro alargado de idades, acaba por não cobrir outros domínios do desenvolvimento ou aspetos relacionados com o comportamento das crianças o que é muito importante para delinear o perfil da criança e objetivos de intervenção. Foi assim importante adaptar e construir *checklists* para obter mais informação relativa particularmente às crianças que constituíram os estudos de caso, para possibilitar a definição específica de objetivos. Apesar de estes instrumentos terem um carácter mais subjetivo e resultarem da observação informal das crianças foram uma grande ajuda à organização e planeamento da intervenção. De notar ainda, que este processo de adaptação de instrumentos foi uma dificuldade acrescida pelo tempo e esforço que requereu, contudo foi uma tarefa que possibilitou uma grande aprendizagem.

Para além disso, e no que respeita à elaboração do presente relatório de estágio, foi possível constatar também a necessidade da existência de mais documentos científicos relacionados com a maioria das temáticas em questão, especialmente quando pretendemos focarmo-nos no campo mais restrito da intervenção psicomotora, área em expansão no domínio da investigação.

Conclusão, Reflexão Crítica e Perspetivas Futuras

Ao longo deste documento, foram apresentadas e caracterizadas as experiências vivenciadas durante a prática profissional realizada no CDCTS. Deste modo, nesta etapa pretende-se refletir acerca do que estas experiências significaram para mim, tanto do ponto de vista pessoal como profissional.

O RACP tem como propósito a aprendizagem e o treino relacionados com a prática da atividade profissional e a aquisição de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade.

Estas oportunidades permitem-nos ainda, enquanto estagiários e futuros profissionais, perceber que o nosso trabalho passa muito por pequenas conquistas e descobertas diárias, pela vivência de “tentativas-erro”, que se constroem ao longo de diferentes patamares. Considero, portanto, que este estágio, nos coloca no ponto de partida de uma longa aprendizagem, suscitando a ambição de novos desafios. Aprendizagem, que se faz, não só em termos práticos, como formativos, e a nível da investigação.

O facto de estar integrada numa equipa multidisciplinar permitiu-me compreender toda a dinâmica que a mesma envolve. Na minha opinião, sem dúvida que o CDCTS constitui um local de trabalho ideal para qualquer técnico de psicomotricidade que se interesse pela área do desenvolvimento e pelo contexto clínico. O facto de num só local se ter acessíveis profissionais de áreas tão distintas, torna o nosso trabalho mais rico, mais completo e significativo. O CDCTS apresenta, a meu ver, uma resposta muito completa para aquilo que são as necessidades dos dias de hoje e que como tal deveria ser implementada em maior número no nosso Sistema Nacional de Saúde.

Todo o trabalho desenvolvido pela equipa do CDCTS é uma mais-valia para os utentes, sendo visíveis os efeitos positivos que a intervenção psicomotora, em parceria com as outras terapias (terapia ocupacional, terapia da fala, com a psicologia e com as especialidades médicas) surtem no desenvolvimento da criança.

Também o trabalho realizado em conjunto com a estagiária de 1º ciclo, foi muito positivo. Em certos momentos, ter alguém com quem partilhar as funções foi uma clara vantagem. Além disso, foi uma forma extra de nos preparar para o trabalho em equipa, para a capacidade de saber ouvir, saber trocar, partilhar e justificar ideias e conhecimentos, possibilitando assim, a discussão acerca do que é melhor para um

determinado caso. Efetivamente, julgo que a presença de um estagiário de 1º ciclo é benéfica para o estagiário do 2º ciclo, se não for pela ajuda formal e académica é pelo apoio, companheirismo e bom ambiente que se cria e que ajuda a levar as responsabilidades de forma mais positiva e natural.

Em termos gerais, o balanço é de facto muito positivo. Porém, como é natural, há sempre algo mais a fazer e/ou melhorar. O facto de ter sido um estágio longo deu-me outra visão e conhecimento, permitindo-me refletir acerca de alguns aspetos não tão positivos relacionados com o mesmo. Estes aspetos, em grande parte já mencionados anteriormente, dificultaram e limitaram a minha prestação e atuação, em diferentes fases do estágio.

Um aspeto importante que penso ser necessário melhorar é o facto de o estagiário, quando inserido nesta instituição, ter como horário a cumprir de praticamente o dobro do estipulado e regulamentado inicialmente. Assim, senti-me por vezes numa posição constrangedora, pois é difícil uma estagiária impor-se quando lhe é sugerido ou mesmo atribuído um horário de trabalho exigente, que por um lado permite um contacto com variados casos e uma aprendizagem cada vez maior, mas que por outro não deixa tempo livre para haver uma reflexão, uma melhor preparação para a atuação propriamente dita (e.g., a realização de planeamentos de sessão, construção de materiais, cursos relevantes à área em questão) ou até mesmo para a realização sequencial e simultânea do relatório de estágio final. Aliás inicialmente vi esta situação como uma vantagem e uma forma de enriquecer mais ainda os meus conhecimentos, mas rapidamente percebi que era uma carga difícil de sustentar e que na realidade prejudicava não só a minha performance enquanto estagiária como também afetava a minha vida privada, que muitas vezes ficou para segundo plano.

Uma outra questão que penso ter sido evidente é necessidade de contratação de mais psicomotricistas de forma a colmatar o grande número de casos que requerem intervenção, assim como a criação de um novo espaço que a possibilite. Contudo, percebo a dificuldade na concretização desta meta pelos critérios que caracterizam o típico modelo clínico pelo qual o CDCTS se rege.

No entanto o essencial que retiro desta experiência, foi todo o trabalho realizado, que me possibilitou a aquisição de uma gama variada de aprendizagens e competências que serão essenciais no exercer da intervenção psicomotora. A área das perturbações do

desenvolvimento na infância engloba um conjunto muito diversificado de um conjunto de patologias e problemáticas, que nos motiva a aprender cada vez mais e a descobrir diferentes estratégias para facilitar a nossa intervenção junto de crianças.

Após um ano de estágio, considero que a minha formação profissional e pessoal foi potenciada e melhorada, pois tive a oportunidade de colocar a minha personalidade à prova, através dos desafios constantes que a intervenção com esta população requer.

Sem dúvida que termino este estágio com grande orgulho pelo contributo na promoção do desenvolvimento de cada uma destas crianças tão especiais. É com nostalgia, mas com um sentimento de missão cumprida que me despeço delas. Mais do que uma oportunidade curricular, foram oito meses que dediquei ao local de prática elegido, à equipa a ele inerente, crianças e famílias atendidas. As conquistas foram muitas e valorizadas, pelo que este processo consistiu, sem dúvida, um grande passo na minha formação profissional. Todo o trabalho realizado foi bastante positivo, enriquecedor e relevante para o meu crescimento e experiência futura.

No que diz respeito a perspetivas futuras, com certeza que me visualizo a trabalhar num contexto clínico e com a população infantil, aliás este ano veio comprovar o meu agrado e satisfação por ambos. Apesar de haver outras áreas de intervenção psicomotora que me apaixonam, esta sem dúvida é das que mais me fascina. Assim, seria com todo o gosto que repetiria a experiência num futuro próximo. A par disto, espero que este trabalho desenvolvido no âmbito clínico e a experiência que com ele adquiri me possam abrir portas futuramente, naquele que é um dos contextos mais difíceis de se entrar, mas que igualmente penso ser um dos sítios fundamentais para provarmos o nosso valor enquanto terapeutas e nos afirmarmos enquanto profissão. E esta é uma luta da qual com certeza não desistirei, a de fazer valer o reconhecimento e a importância da intervenção psicomotora como contributo na melhoria da qualidade de vida da população.

Bibliografia

- Alexandre, D. T., e Vieira, M. L. (2004). *Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo*. *Psicologia em Estudo*, 9 (2), 207-217
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicomossoma.
- Almeida, G. (2006). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 6, pp. 56-64. Lisboa.
- Alvarenga, P. & Piccinini, C. (2007). O Impacto do Temperamento Infantil, da Responsividade e das Práticas Educativas Maternas nos Problemas de Externalização e na Competência Social da Criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 20(2), p. 315. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a18v20n2>
- Alves, H. C. (2007). Utilização de contos de fadas e atividades simbólicas na compreensão de crianças vítimas de violência. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Carlos.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Aucouturier, B. (2011). *O método Aucouturier - Fantasmas de ação e prática psicomotora* (2ª ed.). São Paulo. Ideias & Letras Editora.
- Austin, JK.; Smith, MS.; Risinger, MW.; McNellis, AM. (1994). Childhood epilepsy and asthma: comparison of quality of life. *Epilepsia*. 35(3), pp. 608-615. doi: 10.1111/j.1528-1157.1994.tb02481.x
- Balouard, C. (2008). *L'aide-mémoire*. Psychomotricité. Dunod. Paris.
- Bandeira, M.; Rocha, S.; Souza, T.; Del Prette, Z. e Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*. 11(2), pp. 199-208. doi: 10.1590/S1413-294X2006000200009

- Bellman, M. H., Lingam, S., e Aukett, A. (1996). *Schedule of growing skills II: Reference manual*. London: NFER Nelson
- Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A., Hilliard, J., White, M., East, K., (1994). *Guia de Pais para a Educação Precoce*. Lisboa: Associação Portage Portugal
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. Fernandes e P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp.132-162). São Paulo: Editora Manole.
- Branco, M.E.C. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação* (2ª ed.). Lisboa: Coisas de Ler.
- Bruininks, R. e Bruininks, B. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (end ed., BOT-2)*. Bloomington: Pearson Assessments.
- Canha, L. e Neves, S. (2007). *Programa de Treino de Competências Pessoais e Sociais*. Lisboa: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- CDC-HGO (2009). *Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva*. Retirado a 7 de Setembro de 2016 de: <http://www.cdc-hgo.com>.
- Cia, F. e Barham, E. (2009). O Envolvimento Paterno e o Desenvolvimento Social de Crianças Iniciando as Atividades Escolares. *Psicologia em Estudo*. 14(1). p. 68. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a09v14n1.pdf>
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade relacional*. Lisboa. Trilhos Editora.
- Costa, M. e Nunes Maia, H. (1998). Diagnóstico Genético e Clínico do autismo infantil. *Arq. Neuropsiquiatr.* 56(1), pp.24-31. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v56n1/1860.pdf>
- Crnic, K., Hoffman, C., Gaze, C., e Edelbrock, C. (2004). Understanding the Emergence of Behavior Problems in Young Children With Developmental Delays. *Infants and Young Children*, 17(3), 223–235. Retirado de: https://depts.washington.edu/isei/iyc/crnic_17_3.pdf
- DelPrette, Z. A., & DelPrette, A. (2005). *Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes

European Forum of Psychomotricity. (2013). *Statutes: Preamble*. Retirado a 20 Novembro de 2016 de <http://psychomot.org/efp/statutes/>.

Ferreira, J. (2004). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712. Retirado de: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10096/9833>.

Fiels, M.; Perry, N. & Fields, D. (2010). Physical and emotional development affect child behavior. *Constructive Guidance and Discipline: Preschool and Primary Education*. 5ªed., Vol.1, pp. 22-45. Pearson Editora

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos seus fatores*, Terceira Edição. Âncora Editora.

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora.

Fonseca, V. e Martins, R. (2001) Prefácio. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 5-10), Lisboa: Edições FMH

Gonçalves, A. A. (2004). Psicomotricidade na educação infantil: a influência do desenvolvimento psicomotor na educação infantil. Dissertação de Pós-Graduação “*Latu Sensu*”, Universidade Candido Mendes.

Guralnick, M. (2011). Why Early Intervention Works: A Systems Perspective. *Infants and Young Children*, 24(1), 6-28. doi: 10.1097/IYC.0b013e3182002cfe

Guralnick, M. (2010). Early Intervention Approaches to Enhance the Peer-Related Social Competence of Young Children With Developmental Delays - A Historical Perspective. *Infants and Young Children*, 23(2), 73–83. doi: 10.1097/IYC.0b013e3181d22e14

Guralnick, M. (1999). Family and Child Influences on the peer-related social competence of young children with developmental delays. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 5, 21-29. Retirado de: https://depts.washington.edu/chdd/guralnick/pdfs/family_child_influ_MRDD_RR5_99.pdf

- Hoare, P. (1984). The development of psychiatry disorder among children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 26(1), pp.3-13. doi: 10.1111/j.1469-8749.1984.tb04399.x
- Liga Portuguesa Contra a Epilepsia. (s.d). [Crianças, Adolescentes e a Epilepsia]. Retirado a dia 20 de setembro de 2016 de <http://www.epilepsia.pt/>
- Liga Portuguesa Contra a Epilepsia. (s.d). [Epilepsia 1 Generalidades]. Retirado a dia 20 de setembro de 2016 de <http://www.epilepsia.pt/>
- Lima, J. (2005). Epilepsia – Abordagem clinica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 21(3), 291-298. Retirado de <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10141/9878>
- Loureiro, C.; Frederico-Ferreira, M. e Santos, M. (2013). Identificação dos fatores determinantes no desenvolvimento das competências sociais dos adolescentes. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, nº10, p.79-88. doi: 10.12707/RIII12114
- Machado, P. et al. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Análise Psicológica*. 3 (XXVI), p.463-478. Consultado a 28 de Dezembro de 2015, no sítio: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/70>.
- Martins, E. e Szymanski, H. (2004). *Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas*. Estudos de Psicologia, 9 (1), 177-187.
- Martins, R. (2005). Corpo e motricidade na construção da identidade. In D. Rodrigues, *O corpo que (des)conhecemos*. (pp.19-247). Cruz-Quebrada: Edições FMH.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH
- Matos, M. e Simões, C. (2001). Corpo, Psicomotricidade e Comportamento Social. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. pp. 159-164. Lisboa: Edições FMH.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1, (2), 69-76. Consultado a 20 de Novembro de 2016, no sítio: <http://goo.gl/yjNjOj>

McDonald, L., Rennie, A., Tolmie, J., Galloway, P., & McWilliam, R. (2006). Investigation of global developmental delay. *Archives of Disease in Childhood*, 91, 701–705. doi: [10.1136/adc.2005.078147](https://doi.org/10.1136/adc.2005.078147)

Mulas, F., Hernández, L., Mattos, L., Abad-Mas, M.C., e Etchepareborda. (2006). Dificuldades del apredizaje en los niños epilépticos. *Revista de Neurologia*, 42, (2), 157-162.

Oliveira, R., Rodrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J., e Fernandes, B. (2012). Etiologic evaluation and investigation of global development delay and intelectual disability. *Saúde Infantil*, 34(3), 5-10.

Onofre, P. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade*. Lisboa: Trilhos Editora

Perna, R., & Loughan, A. (2013). Early Developmental Delays: A Cross Validation Study. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, 1(2), 1-5. doi: [10.4172/2329-9525.1000105](https://doi.org/10.4172/2329-9525.1000105)

Riaño, B. S. (2004). *Estrategias Psicomotoras*. México: Editorial Limusa

Riou, E., Ghosh, S., Francoeur, E., & Shevell, M. (2009). Global developmental delay and its relationship to cognitive skills. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51, 600–606. doi: [10.1111/j.1469-8749.2008.03197.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03197.x)

Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2), 114-119.

Rodriguez, J.S. e Llinares, M.L. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe, S.L.

Sassano, M. (2008). El vínculo afectivo como caminho entre el no tener cuerpo al ser persona: Acerca de la Psicomotricidade en las psicosis infanto-juveniles. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(2), 95-154.

Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In J. Shonkoff, & S. Meisels, *Handbook of Early*

Childhood Intervention (2nd ed., pp. 135-159). Cambridge : Cambridge University Press.

Shevell, M. I. (1998). The Evaluation of the Child With a Global Developmental Delay. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), 21-26. doi: 10.1016/S1071-9091(98)80014-4

Shevell, M. M., S. Ashwal, M., D. Donley, M., J. Flint, M., M. Gingold, M., D. Hirtz, M., et al. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The practice Committee of the Child Neurology Society. *American Academy of Neurology* (60), 367-380. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12578916>

Shevell, M., Majnemer, A., Platt, R., Webster, R., & Birnbaum, R. (2005a). Developmental and Functional Outcomes at School Age of Preschool Children With Global Developmental Delay. *Journal of Child Neurology*, 20, 648–654.

Shevell, M., Majnemer, A., Platt, R., Webster, R., & Birnbaum, R. (2005b). Developmental and functional outcomes in children with global developmental delay or developmental language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 678–683. doi: 10.1111/j.1469-8749.2005.tb01053.x

Silva, E. & Albuquerque, C. (2011). Atraso do Desenvolvimento: a imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde, & Doenças*. 12(1), 19-39. Retirado de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a02.pdf>.

Srour, M., Mazer, B., & Shevell, M. (2006). Analysis of Clinical Features Predicting Etiologic Yield in the Assessment of Global Developmental Delay. *Pediatrics*, 118(1), 139-145. Retirado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16818559>

Strecht, P. (2012). *Interiores: uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Tervo, R. (2003). Identifying Patterns of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders. *A Pediatric Perspective*, 12(3), 1-6. doi: 10.1177/0009922806290566

Tisosh, E. e Jaffe, M. (2011). Global developmental Delay and Mental Retardation – a pediatric perspective. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 17, pp.85-92. Retirado de: <http://goo.gl/YHJjQ1>.

Vidigal, M. J. (2005). Introdução. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 15-40). Lisboa: Trilhos Editora. Retirado de: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/5011/1/1.%20Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20Profissionalizante%20CDC%202012>

Vieira, J.L., Batista, M.I.B. e Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade Relacional: Teoria de uma prática* (2ª Edição). Curitiba: Filosofart Editora

Westphal, A.; Alonso, N.; Silva, T.; Azevedo, A.; Caboclo, L.; Garzon, E.; Sakamoto, A. & Yacubian, E. (2005). Comparação da Qualidade de Vida e Sobrecarga dos Cuidadores de Pacientes com Epilepsia por Esclerose Mesial Temporal e Epilepsia Mioclônica Juvenil. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*. 11(2), p. 71-76. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/jecn/v11n2/a01v11n2>

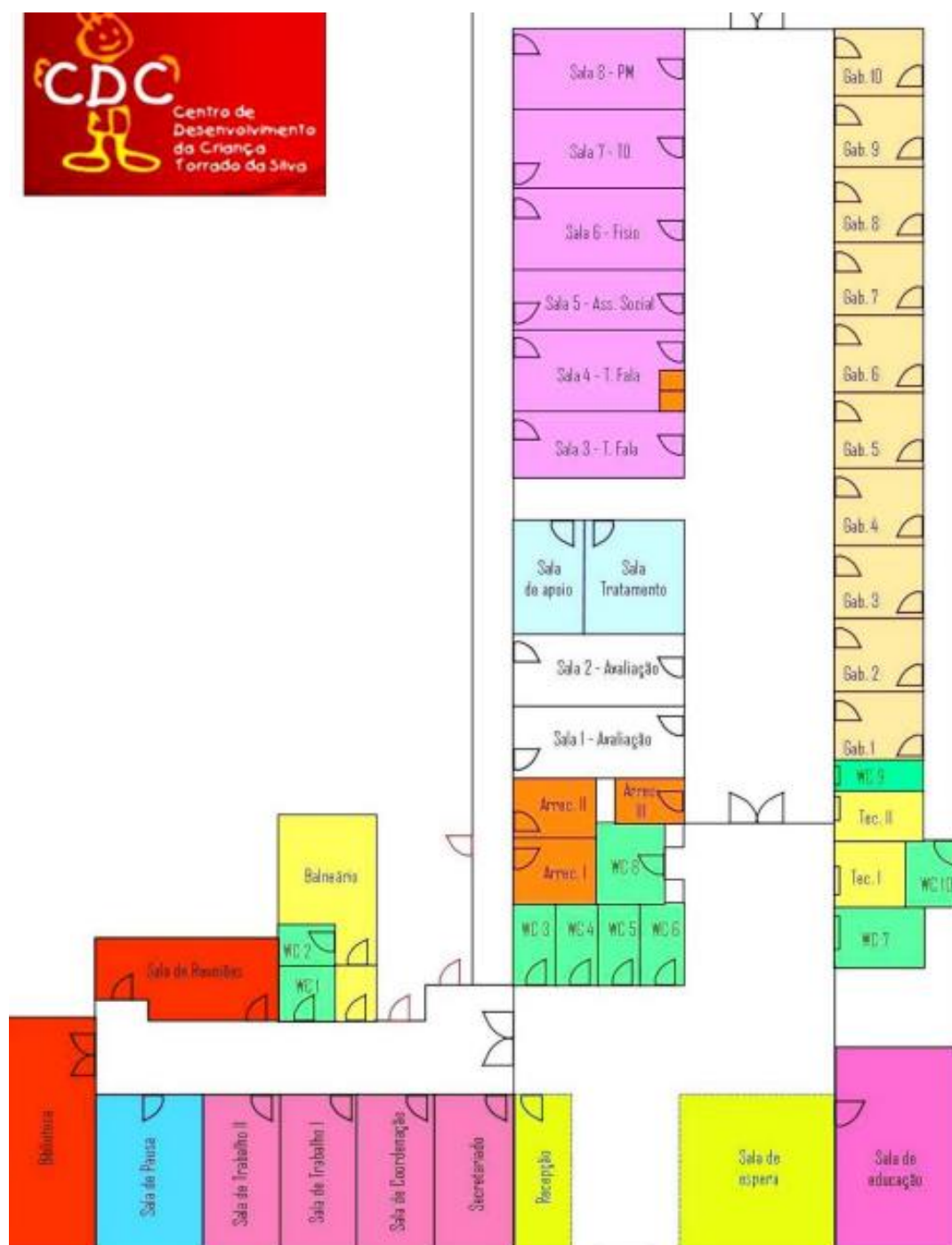
Williams, M., Hutchings, J., Bywater, T., Daley, D., & Whitaker, C. (2013). Schedule of Growing Skills II: Pilot Study of an Alternative Scoring Method. *Psychology*, 4(3), doi: 10.4236/psych.2013.43021.

Wong, V. (2011). Global developmental delay – a delay in development of terminology. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 585. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.03986

Yacubian, E. (2002). Proposta de Classificação das Crises e Síndromes Epilépticas. Correlação Videoeletrencefalográfica. *Revista Neurociências*. 10(2), p. 49-65. Retirado de: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2002/RN%2010%2002/Pages%20from%20RN%2010%2002-2.pdf>

ANEXOS

Anexo A – Planta do CDCTS



Anexo B – Lista de Materiais da sala de Psicomotricidade

Lista de Materiais presentes na Sala de Integração Sensorial/Psicomotricidade		
1 Piscina de bolas	Bolas de várias dimensões e texturas	1 Espelho
1 Banco sueco	1 Rede de bolas	1 Quadro Branco
Cones	Túnel acolchoado	1 Trampolim
Bastões	4 Colchões pequenos	1 Túnel de plástico
Arcos	2 Baloços	2 pares de Andas
3 Traves azuis	2 Colchões grandes	1 Relógio
1 Trave de ferro para pendurar os baloços	1 Espaldar	Jogos lúdicos e didáticos
Legos e outras peças de encaixe	Bowling	Argolas
1 Computador infantil	Brinquedos multifuncionais	1 Dado almofadado
Jogos de abotoamentos	Esponjas, com o formato de várias figuras geométricas	Espadas de brincar
Instrumentos Musicais	5 Triciclos	Formas de mãos e pés aderentes ao chão
Livros infantis	1 Submarino insuflável	Raquetes e respetiva bola
Blocos para encaixar	Sacos com vários pesos	Materiais com diferentes texturas
Cordas	Material de artes plásticas (plasticinas, pinturas faciais, pincéis, canetas de filtro, lápis de cor, lápis de cera, tintas e cartolinas)	

Anexo C – Lista de Crianças Acompanhadas em Psicomotricidade

	Nome	Idade	Intervenção	Diagnóstico
1.	G.C.	13 anos	Avaliação	
2.	M.D.	6 anos	Avaliação informal	
3.	N.P.	5 anos	Avaliação informal	
4.	S.P.	7 anos	Avaliação; Intervenção individual; Intervenção de grupo	
5.	R.L.	7 anos	Intervenção	PHDA; Perturbação do foro psiquiátrico
6.	R.C.	5 anos	Intervenção	
7.	S.M.	6 anos	Intervenção	Neurofibromatose
8.	N.N.	10 anos	Intervenção	
9.	M.F.	10 anos	Intervenção individual depois grupo	epilepsia parcial, oposição-desafio, hiperactividade e impulsividade
10.	D.S.	14 anos	Intervenção individual; Intervenção grupo	Perturbação oposição-desafio
11.	G.C.	7 anos	Intervenção individual; Intervenção grupo	Atraso Global do Desenvolvimento
12.	R.R.	7 anos	Intervenção individual; Intervenção grupo	PEA
13.	T.P.	6anos	Avaliação informal; Intervenção	Atraso Global do Desenvolvimento
14.	F.E.	8 anos	Avaliação; Intervenção	Atraso Global do Desenvolvimento
15.	T.M.	6 anos	Reavaliação protocolo dos prematuros	Atraso Global do Desenvolvimento
16.	D.M.	6 anos	Reavaliação protocolo dos prematuros	
17.	R.L.	15 anos	Intervenção	Perturbação da relação/comunicação
18.	M.Ó.	13 anos	Intervenção grupo	Dificuldades de aprendizagem específicas - dislexia e disortografia
19.	S.C.	14 anos	Intervenção grupo	PHDA
20.	G.C.	7 anos	Intervenção grupo	PHDA
21.	R.E.	11 anos	Avaliação informal/consulta	PEA

22.	L.R.	6 anos	Avaliação informal/consulta; Intervenção individual; intervenção grupo	Perturbação específica da linguagem
23.	R.P.	6 anos	Intervenção individual; Perturbação grupo	Perturbação regulatória
24.	R.B.	9 anos	Avaliação; Intervenção individual; Intervenção grupo	PHDA, Oposição-desafio e dislexia
25.	L.A.	8 anos	Intervenção individual	Atraso Global do Desenvolvimento
26.	F.M.	7 anos	Avaliação	Perturbação da linguagem; Epilepsia
27.	M.C.	5 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
28.	S.S.	5 anos	Avaliação informal; intervenção individual	Paralisia cerebral; Epilepsia
29.	J.N.	4 anos	Avaliação informal/consulta; Intervenção individual	Atraso Global do Desenvolvimento
30.	A.S.	7 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento
31.	F.M.	8 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento
32.	C.S.	13 anos	Intervenção	PEA
33.	A.R.	6 anos	Intervenção individual	PEA
34.	A.F.	9 anos	Intervenção grupo	PHDA
35.	R.B.	9 anos	Intervenção grupo	PEA
36.	T.G.	11 anos	Intervenção grupo	Síndrome Asperger
37.	A.P.	13 anos	Intervenção individual	Perturbação da ansiedade; PHDA
38.	A.R.	3 anos	Avaliação informal	Atraso Global do Desenvolvimento
39.	M.P.	4 anos	Avaliação e intervenção individual	Epilepsia; Atraso Global do Desenvolvimento
40.	B.S.	12 anos	Intervenção	Perturbação da ansiedade e inibição
41.	M.B.	6 anos	Intervenção individual; Intervenção grupo	Neurofibromatose; Perturbação da linguagem
42.	M.F.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	

43.	L.F.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
44.	R.C.	5 anos	Avaliação prematuro	
45.	M.M.	7 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento
46.	P.M.	11 anos	Avaliação	Perturbação da coordenação; Défice cognitivo
47.	D.M.	3 anos	Intervenção – Estudo de caso	Atraso Global do Desenvolvimento
48.	D.C.	7 anos	Intervenção individual; Intervenção grupo	Atraso Global do Desenvolvimento; Perturbação da vinculação; Perturbação oposição-desafio
49.	F.D.	14 anos	Intervenção grupo	Défice cognitivo, atraso específico do desenvolvimento
50.	I.F.	18 anos	Avaliação	
51.	L.C.	5 anos	Consulta/Avaliação informal	Atraso Global do Desenvolvimento
52.	H.B.	5 anos	Avaliação informal; Intervenção	PEA
53.	B.A.	4 anos	Avaliação informal; Intervenção	Tremores dos membros superiores, pós electrocussão, pós-fibrilação ventricular
54.	G.L.	5 anos	Intervenção	Atraso Global do Desenvolvimento
55.	J.M.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
56.	I. M.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
57.	R.C.	4 anos	Reavaliação protocolo dos prematuros	
58.	G.A.	13 anos	Consulta/Avaliação informal	PHDA; Dificuldades de aprendizagem
59.	J.S.	12 anos	Avaliação	Dificuldades na marcha
60.	B.L.	6 anos	Avaliação	AVC
61.	V.V.	8 anos	Avaliação; Intervenção	Perturbação do foro psiquiátrico
62.	M.M.	6 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
63.	K.B.	5 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
64.	M.R.	8 anos	Avaliação;	Síndrome de Phelan-

			Intervenção	Mcdermid
65.	V.N.	6 anos	Avaliação; Intervenção	Síndrome de asperger
66.	D.A.	6 anos	Avaliação; Intervenção	PEA; Perturbação de Oposição-Desafio
67.	D.F.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
68.	A.R.	6 anos	Avaliação	Perturbação do foro psiquiátrico;
69.	T.M.	5 anos	Avaliação	Dificuldades da linguagem
70.	J.D.	7 anos	Avaliação	Perturbação da coordenação motora; Perturbação específica da linguagem
71.	H. S.	3 anos	Avaliação Atraso Global do Desenvolvimento prematuros	Perturbação da coordenação motora
72.	G.T.	4 anos	Avaliação	
73.	G.V.	6 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento
74.	F.M.	10 anos	Avaliação	PHDA, Perturbação do Comportamento
75.	M.V.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
76.	D.S.	5 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento
77.	A.H.	6 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento
78.	D.S.	5 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento
79.	J.M.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
80.	I.M.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
81.	J.C.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
82.	F.B.	5 anos	Avaliação	Atraso Global do Desenvolvimento; Microcefalia; Perturbação do Comportamento
83.	M.S.	3 anos	Observação em Consulta/Avaliação informal	
84.	T.C.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
85.	B.F.	5 anos	Avaliação protocolo	

			dos prematuros	
86.	M.B.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
87.	K.O.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
88.	M.G	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
89.	M.L.	4 anos	Avaliação protocolo dos protocolos dos prematuros	
90.	L.C	6 anos		Atraso Global do Desenvolvimento
91.	An.C.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
92.	Af.C	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	
93.	N.S.	4 anos	Avaliação protocolo dos prematuros	

Anexo D – Exemplo de Relatório de Avaliação

Relatório de Observação Psicomotora

R.C.

Data de Nascimento: 27-11-2011

5 anos e 1 mês

A R.C. foi avaliada em Psicomotricidade aos 5 anos e 1 mês de idade. Esta avaliação teve por base a versão reduzida do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (BOT2).

Desde o primeiro momento, a R.C. apresenta-se como uma criança muito inibida que não fala, mas sorri como resposta.

No controlo motor fino, que engloba a precisão motora fina e a integração motora fina, a R.C. apresenta resultados homogéneos. Revelou grandes dificuldades em realizar as tarefas, não conseguindo executar nenhuma das tarefas pedidas. Embora tenha mostrado vontade em realizá-las apresenta dificuldades na compreensão das instruções e um tempo de participação muito reduzido, com fraca capacidade de atenção.

Na coordenação manual, a R.C. apresenta resultados ligeiramente homogéneos. No que diz respeito à destreza manual, mostra uma grande lentidão na execução motora das tarefas, não percebendo algumas instruções e distraíndo-se com tudo o que a rodeia, no entanto é notório que tem uma boa preensão fina. Quanto às atividades de controlo de bola, que requerem a coordenação dos membros superiores, a R.C. revela dificuldades, não conseguindo apanhar ou driblar a bola.

No que concerne ao controlo do corpo, foram avaliadas a coordenação bilateral e o equilíbrio, verificando-se que a R.C. não realiza nenhuma das tarefas solicitadas. Na força e agilidade, a R.C. também não consegue executar ainda o salto a pé-coxinho.

Em suma, a R.C. apresenta um desenvolvimento psicomotor homogéneo, verificando-se dificuldades gerais e acima de tudo uma grande dificuldade ao nível da atenção e concentração.

Disponíveis para informações adicionais.

Almada, 30 de janeiro de 2016

A Psicomotricista Estagiária

(Rita Santos)

A Psicomotricista

(Joana Carvalho)

Anexo E – Exemplo de Relatório de Intervenção

Relatório de Intervenção Psicomotora

L.A.

Data de Nascimento: 02-11-2008

O L.C. foi reavaliação em Psicomotricidade aos 7 anos e 6 meses. Esta avaliação teve por base o teste de proficiência motora de Bruininks-Oseretsky (TPMBO - 2).

Para a realização desta avaliação foram necessárias várias sessões, uma vez que o L.C. apresentou alguma resistência em aderir. No entanto, apesar da resistência inicial, acaba por aceitar fazer todas as tarefas propostas, havendo momentos em que revela entusiasmo na sua execução. Ao longo das sessões, vai-se mostrando comunicativo e consciente das tarefas nas quais tem mais dificuldade em realizar, tentando mesmo evitá-las.

No controlo motor fino, o L.C. apresenta melhorias ao nível da integração motora fina, apesar de ainda se verificarem dificuldades específicas. Na precisão motora fina, que avalia tarefas que requerem um controlo preciso das mãos, apresenta um resultado idêntico ao da primeira avaliação, mantendo algumas das dificuldades anteriores (e.g. dobragem do papel e recorte do círculo). No que diz respeito à integração motora fina, apresenta melhorias significativas, conseguindo copiar com sucesso a maior parte das figuras solicitadas (e.g. círculo, quadrado, triângulo, círculos sobrepostos e o losango). Apesar de ainda apresentar uma pega muito rígida, esta já é mais controlada e segura.

Na coordenação manual, o L.C. continua a apresentar resultados baixos, no entanto, com melhorias. No que diz respeito à destreza manual, mantém uma grande lentidão na execução motora das tarefas, e à semelhança da avaliação anterior, continua a distrair-se com facilidade, investindo pouco em algumas tarefas que não lhe despertam interesse. Por outro lado, já revela melhor compreensão das instruções que lhe são dadas. Nas atividades de controlo de bola, que requerem a coordenação dos membros superiores tendo em conta estímulos visuais, o L.C., apesar de tentar, continua sem realizar estas atividades com sucesso. Revela medo da bola (e.g. coloca as mãos à frente da cara, fecha os olhos, encolhe-se...) e noção das suas dificuldades, pois inicialmente diz que não quer jogar, “porque não quero”, “eu não sei”; contudo acaba por realizar a prova com entusiasmo.

No que concerne ao controlo do corpo, foram avaliadas a coordenação bilateral e o equilíbrio, verificando-se uma melhoria global, apesar de ainda existirem dificuldades a este nível. O L.C., ao nível da coordenação bilateral, revela uma grande melhoria nas tarefas que requerem coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores. Realiza com

sucesso a maioria das tarefas que anteriormente não conseguia. Nas atividades de equilíbrio, apesar de se verificar uma melhoria de desempenho nas tarefas mais simples (e.g. manter-se imóvel na linha com pés afastados e andar em linha reta sobre a linha), ainda revela dificuldades, não conseguindo executar as tarefas que requerem um maior controlo postural, com menor base de sustentação (e.g., manter-se em pé-coxinho).

Nas tarefas de força e agilidade, os resultados mantêm-se baixos, apresentando dificuldades ao nível de todas as tarefas de saltos (e.g., pé-coxinho).

Em suma, o L.C. apresenta melhorias na sua prestação geral. Estas melhorias são mais evidentes ao nível do controlo manual fino, sendo que nas áreas da motricidade global ainda revela grandes dificuldades para a sua idade.

No que diz respeito, à intervenção foram verificadas melhorias a diversos níveis. As mais significativas relacionam-se com a evolução na forma de se relacionar com o outro. Inicialmente, o Luís mostrava estar muito centrado em si, com uma posição de dominância e autoridade na brincadeira com o outro e, ao longo destes meses, foi visível uma mudança neste comportamento. Atualmente, o L.C. mostra uma maior ligação com o outro, uma maior preocupação com a vontade do outro e uma diminuição do registo de autoridade.

Outro aspeto em que se observaram melhorias é na diversificação de interesses de atividades, para além da construção de casas e recriação de rotinas diárias. Se inicialmente, o L.C. mostrava-se muito preso neste tipo de jogo, com o passar do tempo mostrou-se mais disponível a aceitar outro tipo de brincadeiras e jogos. E mais importante que isto, foi notória uma vontade espontânea de iniciar outro tipo de atividades, principalmente jogos mais motores (e.g: saltar no trampolim, lançar e apanhar bolas) que, anteriormente, o Luís tentava evitar ao máximo.

Tendo em consideração estas informações é importante continuar a proporcionar ao L.C., experiências diversificadas, fora da sua zona de conforto, de modo a aproveitar a sua curiosidade e promover o seu à vontade em atividades de cariz motor. Se possível que seja feito em interação com outras crianças.

Será importante ter em atenção a evolução da situação e reavaliar se necessário.

Disponíveis para informações adicionais.

Almada, 9 de julho de 2016

A Psicomotricista Estagiária

(Rita Santos)

A Psicomotricista

(Joana Carvalho)

Anexo F – Grelha de Observação do Comportamento da Criança

Grelha de Observação do Comportamento da Criança

Adaptado do Development Observation Checklist Sistem (Hresko, Miguel, Sherbenou e Burton, 1994), tradução e adaptação para a língua portuguesa por Ana Flores, Isabel Querido e Teresa Brandão, 1996; do PORTAGE (Bluma, Shearer, Frohman e Hilliard, 1988); e do Transdisciplinary Plat-Based Assessment (Linder, 1993), por Ana Rita Santos e Teresa Silva, 2016.

Identificação do Indivíduo

Nome:

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade:

Observador:

Local de Aplicação:

Data de Observação:

Condições de aplicação:

Apresentação			Observações
Imagem/Vestuário	Cuidado		
	Descuidado		
Postura	Hipertónico		
	Hipotónico		
	Eutónico		
Forma de Apresentação	Inibido		
	Desinibido		
	Ansioso		
	Calmo		
	Inconstante		

COMPETÊNCIAS SOCIAIS	Sim	Às vezes	Não
Jogo			
1- Brinca, desempenhando o papel de adulto.			
2- Quando brinca com outros coopera.			
Reconhece e expressa emoções			
1- Exprime os seus sentimentos (zanga, alegria, amor).			
Conhece e cumpre regras			
1- Diz “se faz favor” e “obrigada” sem que lhe lembrem.			
2- Espera pela sua vez quando joga.			
3- Explica a outros as regras de um jogo ou de uma atividade.			
4- Pede autorização antes de utilizar objetos de outras pessoas.			
5- Pede desculpa, sem que seja necessário recordar			
6- Espera pela sua vez.			

INTERAÇÕES SOCIAIS COM O FACILITADOR

1. Nível de afeto:

2. Reação às emoções do facilitador:

3. Tempo de atividade vs tempo de inatividade:

4. Reação às solicitações, estabelecimento de limites ou controlo por parte do facilitador:

5. Iniciação da interação por parte da criança:

6. Forma como a criança se relaciona com o facilitador:

1. Categorias de jogo: Que leque de categorias são observados na criança?

- a) Exploratório ou sensorio motor
- b) Relacional ou funcional
- c) Construtivo
- d) Jogo simbólico ou dramático
- e) Jogos de movimento
- f) Jogos com regras

1.1 Categoria de jogo predominante que a criança envereda: _____

CARATERISTICAS DO JOGO NA RELAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

1. Reconhecimento dos limites entre a realidade e a fantasia:

2. Reconhecimento e modulação de emoções:

3. Expressão e modulação de emoções:

4. Demonstração de controlo dos impulsos:

5. Respeito pela autoridade do adulto:

6. Gestão do conflito:
- a) Assertividade vs concordância
 - b) Estratégias físicas
 - c) Estratégias verbais

LINGUAGEM			
Linguagem expressiva			
1- Nomeia as letras do alfabeto por ordem.			
2- Escreve o seu primeiro e último nome.			
3- Nomeia pelo menos um programa de televisão favorito e sabe qual o seu horário.			
4- Utiliza verbos e plurais.			
5- Relata experiências diárias.			
6- Diz se os objetos são iguais ou diferentes.			
7- Diz os dias da semana por ordem correta.			
8- Emprega ontem e amanhã corretamente.			
9- Conta uma história conhecida sem ajuda de ilustrações.			
10- Usa frases complexas (por ex. dei um pontapé na bola e ela foi parar à rua).			
11- Utiliza corretamente os pronomes “dele”, “deles”, “nós”, “nosso” e “dela”.			
12- Responde a perguntas de “porquê” dando uma explicação.			
13- Ao falar utiliza palavras como “porquê”, “mas” e “se”.			
14- Pergunta o significado de palavras novas ou que não se usam muito frequentemente.			
15- Diz como está o tempo.			
16- Reconta uma história.			
Linguagem compreensiva	Sim	Às vezes	Não
1- A pedido, nomeia três cores.			
2- A pedido, nomeia três formas.			
3- A pedido, aponta dez partes do corpo.			
4- A pedido, aponta para um rapaz menino e uma rapariga menina.			
5- Conta 5 a 10 objetos.			
6- Obedece a uma ordem com três instruções.			
7- Aponta ou junta um par de objetos ou imagens quando se lhe pede.			
8- Reconhece numa imagem objetos que não pertencem a uma certa classe.			
9- Diz qual é a sua mão direita e esquerda.			
10- Quando lhe solicitam refere um contrário (ex. um limão é amargo, o açúcar é doce).			
11- Lê 5 ou mais palavras sem figuras.			

MODALIDADES COMUNICAÇÃO

1. Compreensão:
 - a) Compreende instruções complexas, sem necessidade de apoio
 - b) Compreende instruções complexas, com necessidade de apoio
 - c) Compreende instruções simples, sem necessidade de apoio
 - d) Compreende instruções simples, com necessidade de apoio
2. Significado implicado nos gestos, vocalizações e verbalizações:
 - a) Procura atenção
 - b) Pede objeto
 - c) Pede ação
 - d) Pede informação
 - e) Protesta
 - f) Comenta sobre um objeto
 - g) Saúda/Cumprimenta
 - h) Responde
 - i) Toma conhecimento do que a outra pessoa diz
3. Capacidades de discurso demonstradas:
 - a) Presta atenção a quem está a falar
 - b) Inicia conversa
 - c) Alterna os papéis
 - d) Mantém o assunto
 - e) Voluntariamente muda de assunto
 - f) Responde a pedidos de esclarecimento
 - g) Questiona
4. Olhar:
 - a) Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente
 - b) Dirige o olhar apenas quando é solicitado
 - c) Evita o olhar

AUTONOMIA	Sim	Às vezes	Não
Higiene			
1- Quando necessário e sem que lhe recorde, limpa o nariz/assoa-se.			
2- Pede ajuda quando sente dificuldade (ir à casa de banho).			
Vestuário			
1- Aperta e desaperta as fivelas dos cintos ou dos sapatos.			
2- Aperta os atacadores nos sapatos.			
COGNIÇÃO	Sim	Às vezes	Não
Noções espaciais e temporais			
1- Nomeia os períodos do dia, manhã, tarde e noite, associando-os com as diferentes atividades.			
2- Coloca objetos “atrás de”, “ao lado de”, “junto a”.			
3- Nomeia as posições relativas (a primeira, a do meio e a última).			
4- Perante uma atividade comum, é capaz de antecipar o que vai acontecer a seguir.			
5- Presta atenção a uma história durante 5 minutos.			
Associações			
1- Associa um conjunto de símbolos.			
2- Associa letras iguais.			
3- Associa números iguais.			
Imitação (cópia de modelos)			
1- Cópia as seguintes figuras: quadrados, círculos, triângulos.			
2- Completa labirintos simples.			
3- Cópia um losango.			
4- Representa partes de uma história desempenhando um papel ou utilizando fantoches.			
5- Constrói uma pirâmide de 10 cubos por imitação.			
Conceitos de quantidade			
1- A pedido, apanha um número específico de objetos, de 1 a 5.			
2- Aponta para números quando nomeados, de 1 a 25.			
3- Conta de cor de 1 a 20.			
4- Diz se um objeto é mais pesado que o outro (menos de 500g de diferença).			
5- Faz somas e subtrações de combinações de números até 3.			
6- Aponta o grupo que tem mais, menos ou poucos.			
Desenho da figura humana			
1- Desenha a figura humana: cabeça, tronco e quatro membros.			
2- Desenha uma pessoa com pelo menos oito partes do corpo que o adulto reconheça.			
Caraterísticas de objetos			
1- Diz a cor de diferentes objetos que são nomeados.			
2- Diz se os objetos são compridos ou curtos.			
3- Aponta para objetos inteiros e metades de objetos.			

4- Nomeia 8 cores.			
--------------------	--	--	--

2. Leque de atenção:

2.1 Qual é o tempo médio que a criança gasta em cada atividade?

2.2 Que atividades a criança se empenha durante mais tempo?

2.3 Que atividades a criança se empenhou durante menos tempo?

2.4 A criança mostra uma preferência sensorial?

- a) Visual – a criança permanece atenta a traços visuais de objetos ou objetos que tenham fortes características visuais
- b) Auditiva – a criança permanece atenta a brinquedos com características sonoras
- c) Tátil – a criança permanece atenta a brinquedos que proporcionem estímulos tácteis fortes
- d) Vestibular – a criança permanece atenta em atividades que proporcionem movimento ou estímulo vestibular.

2.5. Locus de controlo

2.5.1. A criança seleciona e permanece nas atividades sem estimulação externa ou reforço?

2.5.2. Que tipo de ajuda externa, diretividade ou reforço, é necessário para a manutenção da atenção da criança:

- a) Física
- b) Verbal
- c) Outro

2.7. Distratibilidade – os estímulos externos interferem com a atividade?

- a) Estímulos visuais
- b) Estímulos auditivos
- c) Atividades próximas
- d) Pessoas presentes na sala

3. Memória:

- a) Recordar-se de toda a sessão, inclusive de alguns pormenores

- b) Recorda-se da maioria das atividades da sessão
- c) Recorda-se somente das atividades do seu interesse
- d) Não se recorda da informação da sessão
- e) Recorda-se de situações do quotidiano dos últimos dias
- f) Recorda-se da sessão anterior, explicando as atividades
- g) Recorda-se da sessão anterior, sem dar grandes explicações
- h) Recorda-se apenas de algumas atividades da sessão anterior
- i) Não se recorda de sessões anteriores
- j) Recorda-se de situações do quotidiano das últimas semanas

1. Imitação:

1.1. Gestos simples e visíveis (a criança observa ações imitativas, como bater palmas).

1.2. Imitações de esquemas simples, utilizando objetos.

1.3. Imitações complexas, sequência de esquemas usando gestos e objetos.

1.4. “timing” de imitação

1.4.1. A maioria das imitações é imediata (após o modelo): Sim__ Não__

1.4.2. A maioria das imitações é atrasada (depois de segundos passados):
Sim__ Não__

MOTOR	Sim	Às vezes	Não
Motricidade Global			
1- Quando lhe lançam uma bola de ténis, agarra-a com ambas as mãos.			
2- Salta.			
3- Mantém-se num só pé, sem ajuda, durante 4 a 8 segundos.			
4- Salta para a frente 10 vezes sem cair.			
5- Salta por cima de um fio a 5cm do chão.			
6- Salta para trás 6 vezes.			
7- Salta ao pé-coxinho 5 vezes seguidas.			
8- Salta sozinho à corda.			
9- Fica sobre um pé, sem apoio, com os olhos fechados durante 10 segundos.			
10- Anda numa trave para a frente.			
11- Anda numa trave mantendo o equilíbrio.			
12- Dribla uma bola.			
Motricidade Fina			
1- Segura corretamente no lápis e consegue escrever controladamente.			
2- Pinta quase sem sair dos contornos.			
3- Corta ao longo de uma linha curva.			
4- Recorta e cola formas simples.			
5- Desenha figuras simples que se reconheçam (carro, árvore, casa).			
6- Escreve letras maiúsculas isoladas em qualquer sítio do papel.			
7- Utiliza a afia para afiar o lápis.			
8- Utiliza a borracha para apagar marcas do lápis.			
9- Dobra um pedaço de papel a meio e vinca-o.			
10- Faz formas simples em plasticina, juntando 2 a 3 partes.			
11- Consegue colocar um clip numa folha de papel.			
12- Enrosca um objeto já colocado na rosca.			
13- Recorta círculos de 5 cm.			

NIVEL DE ATIVIDADE

1. Alturas específicas que são particularmente ativas: Início__ Meio__ Fim__
Durante atividades específicas__
2. Agitação motora: 0 1 2 3 4 5
3. Adesão à atividade:
 - a) Voluntariamente
 - b) Com estímulo
 - c) Concretiza até ao final
 - d) Não adere
4. Atenção na atividade:
 - a) Presta atenção a atividades significativas mais de 15min.
 - b) Presta atenção a atividades que a motivam, entre 5 a 15min.
 - c) Presta atenção a atividades significativas, menos de 5min.
 - d) Não presta atenção, sendo necessário repetir as instruções.
5. Impulsividade:
 - a) Não demonstra qualquer impulsividade
 - b) Inicia as tarefas antes de terminada a instrução
 - c) Verbalização constante durante a instrução
 - d) Não planeia a execução da tarefa
6. Persistência:
 - a) Esforça-se em todas as tarefas e não desiste
 - b) Desmotiva-se e desiste.
7. Toma iniciativa, dando sugestões: Sim__ Não__
8. Ajustamento à tarefa:
 - a) Apresenta comportamentos adequados no decorrer da atividade
 - b) Apresenta comportamentos desajustados mas modera-os quando chamado à atenção
 - c) Ajusta-se apenas às situações para as quais está motivado.
 - d) Não se ajusta às tarefas, revelando agressividade/apatia.

ADAPTABILIDADE

2. Demonstração de interesse ou retraimento (indicar o que se aplica):
 - a) Sorri
 - b) Verbaliza
 - c) Toca
 - d) Chora
 - e) Ignora
 - f) Afasta-se

- g) Procura segurança
 - h) Interrompe o outro
3. Resposta à frustração:
- a) Irrita-se
 - b) Fica agressivo
 - c) Muda de assunto
 - d) Isola-se
 - e) Chora
4. Nivel de afeto e energia: 0 1 2 3 4 5

MOTIVAÇÃO

1. Exploração de objetos complexos: Sim____ Não____
- 1.1. Repete uma tarefa relativamente complexa que já conseguiu completar?
Sim__ Não__
2. Demonstração de iniciativa na resolução de problemas.
- 2.1. Frequência com que pede ajuda: 0 1 2 3 4 5
- 2.2. Organização na resolução de problemas: 0 1 2 3 4 5

Anexo G – Grelha de Observação das Relações entre Pares

Grelha de Observação das Relações entre os Pares

Adaptado do Assessment of Peer Relation (Michael J. Guralnick, Ph.D.) e
Trandisciplinary Play-Based Assessment, Social-emocional observation worksheet
(Toni W. Linder), por Ana Rita Santos e Teresa Silva, 2016.

Identificação do Indivíduo

Nome: Afonso

Data de nascimento:

Idade:

Escolaridade:

Observador:

Local de Aplicação:

Data de Observação:

Condições de aplicação:

ENVOLVIMENTO	Sim	Às vezes	Não
1. Quando não está a brincar ativamente com materiais ou brinquedos observa as atividades de outras crianças.			
2. Prefere os pares aos adultos quando ambos estão disponíveis			
3. Parece não estar ciente das iniciativas dos outros.			
Quando joga com os pares (grupo):			
1. Quando realiza um jogo com os pares, envolve-se em respostas ou trocas simples e breves (habitualmente não mais de duas interações por criança).			
2. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se em inversões de papéis durante jogos sociais (jogo complementar ou recíproco).			
3. Quando realiza um jogo com os pares envolve-se num jogo social fingido (“faz de conta”) que inclui comunicação explícita (planeamento e negociações) sobre temas e desempenho de papéis (jogo social complexo).			
PROPÓSITO DE INICIAÇÃO	Sim	Às vezes	Não
1. A criança ganha a atenção dos outros.			
2. Adquire brinquedos ou materiais dos outros.			
3. Pára a ação ou atividade dos outros.			
4. A criança recebe e dá afeto.			
5. A criança consegue receber informações dos pares.			
6. Pede permissão a outras crianças.			
7. Envolve-se no contacto social, geralmente.			
8. Propõe brincadeiras.			
SUCESSO NA INICIAÇÃO	Sim	Às vezes	Não
1. Os pares respondem aos pedidos da criança.			
2. Os pares têm empatia com os pedidos da criança.			
3. Os pares respondem com esforço para ganhar a atenção da criança.			
4. Os pares respondem prontamente para a iniciação de propostas sociais.			
REGULAÇÃO EMOCIONAL	Sim	Às vezes	Não
1. Mostra-se ansiosa quando é abordada por outros, demonstrando-o através de gestos, expressões faciais ou afastamentos.			
2. A criança rejeita veemente aproximações sociais pelos pares.			
3. Brinca com entusiasmo e expressividade considerável.			
4. Torna-se hostil ou fica zangado com a			

interação com os pares.			
5. A criança rodeia os outros no jogo, com reações que oscilam entre a aproximação e o afastamento (vacila).			
6. Responde positivamente, retribuindo de uma forma razoável às iniciativas dos pares.			
7. A criança responde de forma positiva às interações dos pares, mas com atraso na resposta.			
8. As interações com os pares parecem ocorrer rapidamente e sem grande pensamento.			
9. A criança desorganiza-se e fica zangada durante as interações com os pares.			
10. A criança torna-se calma, depois de zangada, num período de tempo razoável.			
PARTILHA DE ENTENDIMENTOS	Sim	Às vezes	Não
Regras sociais			
1. A criança mostra perceber as regras da sala.			
2. A criança reconhece que as outras crianças têm diferentes habilidades e consegue ajustar-se a estas diferenças.			
3. Varia o tipo de interação conforme a familiaridade com os pares.			
4. A criança reconhece os pontos de vista dos outros.			
5. A criança realiza julgamentos acerca de consequências.			
COMPLEXIDADE E DIVERSIDADE NO JOGO DO FAZ DE CONTA	Sim	Às vezes	Não
1. Entra no jogo de “faz de conta” usando ações simples.			
EVENTOS DIÁRIOS	Sim	Às vezes	Não
2. A criança demonstra tanto por ações como descrições o conhecimento básico de temas partilhados que envolvam o dia-a-dia de coisas similares com outras crianças do grupo.			
3. A descrição destes eventos diários tem uma sequência temporal bem desenvolvida.			

NIVEL DE ATIVIDADE

1. Alturas específicas que são particularmente ativas: Início__ Meio__ Fim__

Durante atividades específicas__

2. Agitação motora: 0 1 2 3 4 5

ADAPTABILIDADE

1. Demonstração de interesse ou retraimento (indicar o que se aplica):

a) Sorri

- b) Verbaliza
- c) Toca
- d) Chora
- e) Ignora
- f) Afasta-se
- g) Procura segurança
- h) Interrompe o outro

1. Resposta à frustração:

- a) Irrita-se
- b) Fica agressivo
- c) Muda de assunto
- d) Isola-se
- e) Chora

MOTIVAÇÃO

1. Demonstração de iniciativa na resolução de problemas.

1.1. Frequência com que pede ajuda: 0 1 2 3 4 5

1.2. Organização na resolução de problemas: 0 1 2 3 4 5

INTERAÇÕES SOCIAIS COM O FACILITADOR

1. A criança responde às questões colocadas pelo facilitador. Sim____

Não____

Às vezes____

2. A criança toma iniciativa de interação. Sim____ Não____ Às vezes____

3. Reações às solicitações, estabelecimento de limites ou controlo por parte do facilitador:

- a) Fica irritado
- b) Ignora
- c) Aceita
- d) Pede desculpa

INTERAÇÃO SOCIAL COM OS PARES

1. Participação da criança no jogo (indicar as que se aplicam):

- a) Não participa
- b) Inicia e dirige
- c) Segue a liderança de outra criança

1. Gestão do conflito (indicar as que se aplicam):

- a) Assertividade
- b) Concordância
- c) Estratégias físicas
- d) Estratégias verbais

1. Necessidade do apoio do adulto para a manutenção da participação no grupo (indicar a que se aplica):

- a) Reclama atenção
- b) Reforço e encorajamento ocasional
- c) Espera pela sua vez sem o apoio do adulto
- d) Participa independentemente sem consciência do grupo

1. Com quem é que a criança demonstra mais interação social?
